



مركز البحوث

**تقييم الأطباء لخدمات
الرعاية الصحية الأولية
في المملكة العربية السعودية**

إعداد:

د. حنان بنت عبد الرحيم الأحمدي

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية

إعداد

د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي

١٤٢٨هـ - ٢٠٠٧م

بطاقة الفهرسة

② معهد الإدارة العامة، ١٤٢٨هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.

الأحمدي، حنان عبدالرحيم.

تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية
في المملكة / حنان بنت عبدالرحيم الأحمدي -
الرياض، ١٤٢٨هـ.

١٤٤ ص: ١٧ × ٢٤ سم.

ردمك: ٥ - ١٥٣ - ١٤ - ٩٩٦٠

١ - الخدمات الصحية - السعودية

٢ - العناية الصحية - السعودية

أ - العنوان

ديوي ٣٦٢,١٠٦٨ ١٤٢٨/٩١١

رقم الإيداع: ١٤٢٨/٩١١

ردمك: ٥ - ١٥٣ - ١٤ - ٩٩٦٠

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
٩	- مستخلص الدراسة
١١	- مقدمة
١٣	- الفصل الأول: تمهيد
١٣	- مشكلة الدراسة
١٤	- أهداف الدراسة
١٤	- أسئلة الدراسة
١٤	- أهمية الدراسة
١٧	- الفصل الثاني: الإطار النظري ومراجعة الأدبيات
١٧	- أولاً - الإطار النظري
١٧	- الرعاية الصحية الأولية
١٨	- جودة الرعاية الصحية الأولية
٣١	- جودة الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية
٣٤	- النموذج النظري للدراسة
٣٦	- ثانياً - الدراسات السابقة في المملكة العربية السعودية
٤٥	- الفصل الثالث: الإطار المنهجي
٤٥	- مجتمع وعينة الدراسة
٤٨	- جمع البيانات
٤٩	- المقاييس
٥٠	- تحليل البيانات
٥١	- الفصل الرابع: تحليل البيانات
٥١	- أولاً - خصائص عينة الدراسة

الموضوع	رقم الصفحة
- توزيع العينة تبعاً للمنطقة الجغرافية	٥١
- توزيع العينة تبعاً للخصائص الشخصية	٥١
- توزيع العينة تبعاً للخصائص المهنية	٥٣
- ثانياً - تقييم الأطباء للرعاية الصحية الأولية	٥٥
- تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية	٥٥
- تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية	٥٨
- تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية	٦١
- تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية	٦٥
- تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية	٦٩
- ثالثاً - محددات مردود الرعاية الصحية الأولية	٧٢
- الفصل الخامس: مناقشة النتائج	٧٥
- الفصل السادس: نتائج الدراسة وتوصياتها وآفاق البحث المستقبلية	٨٧
- أهم نتائج الدراسة	٨٧
- التوصيات	٨٨
- التوصيات المتعلقة بسياسات وبرامج الرعاية الصحية الأولية	٨٨
- التوصيات المتعلقة بالإدارة وتقويم الأداء	٨٩
- التوصيات المتعلقة بتمية الكوادر البشرية	٨٩
- آفاق البحث المستقبلية	٩٠
- المراجع	٩١
- أولاً - المراجع العربية	٩١
- ثانياً - المراجع الإنجليزية	٩٢
- الملاحق	٩٩
- ملحق رقم (١) استمارة تقييم أنشطة الرعاية الصحية الأولية	٩٩
- ملحق رقم (٢) أداة جمع المعلومات	١٢٥

قائمة الجداول

رقم الصفحة	موضوع الجدول	رقم الجدول
٤٥	توزيع الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية وفقاً للجنس والجنسية	الجدول رقم (١):
٤٨	عدد الاستبانات الموزعة ونسبة الراجع منها حسب المناطق	الجدول رقم (٢):
٥١	توزيع العينة تبعاً للمنطقة الجغرافية	الجدول رقم (٣):
٥٢	الخصائص الشخصية لأفراد العينة	الجدول رقم (٤):
٥٤	الخصائص المهنية لأفراد العينة	الجدول رقم (٥):
٥٥	تقييم المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية	الجدول رقم (٦):
٥٦	تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية	الجدول رقم (٧):
٥٨	أثر العناصر الفرعية في البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية	الجدول رقم (٨):
٦٠	تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية	الجدول رقم (٩):
٦١	تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والأنشطة والإجراءات الفنية	الجدول رقم (١٠):
٦٣	تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية	الجدول رقم (١١):

رقم الصفحة	موضوع الجدول	رقم الجدول
٦٤	الجدول رقم (١٢): تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والإجراءات الطبية	
٦٧	الجدول رقم (١٣): تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية	
٦٨	الجدول رقم (١٤): تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والإجراءات الإدارية	
٧١	الجدول رقم (١٥): تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية	
٧٢	الجدول رقم (١٦): معامل الارتباط بين المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية	
٧٢	الجدول رقم (١٧): تحليل الانحدار للعلاقة بين المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية	
٧٤	الجدول رقم (١٨): تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية ومردود الرعاية الأولية	

قائمة الأشكال

رقم الشكل	موضوع الشكل	رقم الصفحة
الشكل رقم (١):	ثلاثية دونابيديان لتقييم الرعاية الصحية	٢٠
الشكل رقم (٢):	مؤشرات الرعاية الصحية الأولية حسب دراسة (Flocke, 1997)	٢٣
الشكل رقم (٣):	العناصر الأساسية لتطوير التقاء الرعاية الصحية الأولية بالرعاية الثانوية (التخصصية) (Olsen, Samuelsson, 2001 Kramme)	٢٩
الشكل رقم (٤):	النموذج النظري للدراسة	٣٥
الشكل رقم (٥):	المحاور التي شملتها دراسات رضا المرضى عن الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية	٤١

مستخلص الدراسة:

هدف الدراسة:

سعت الدراسة إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأطباء العاملين في المراكز الصحية في مناطق المملكة العربية السعودية المختلفة.

منهجية الدراسة:

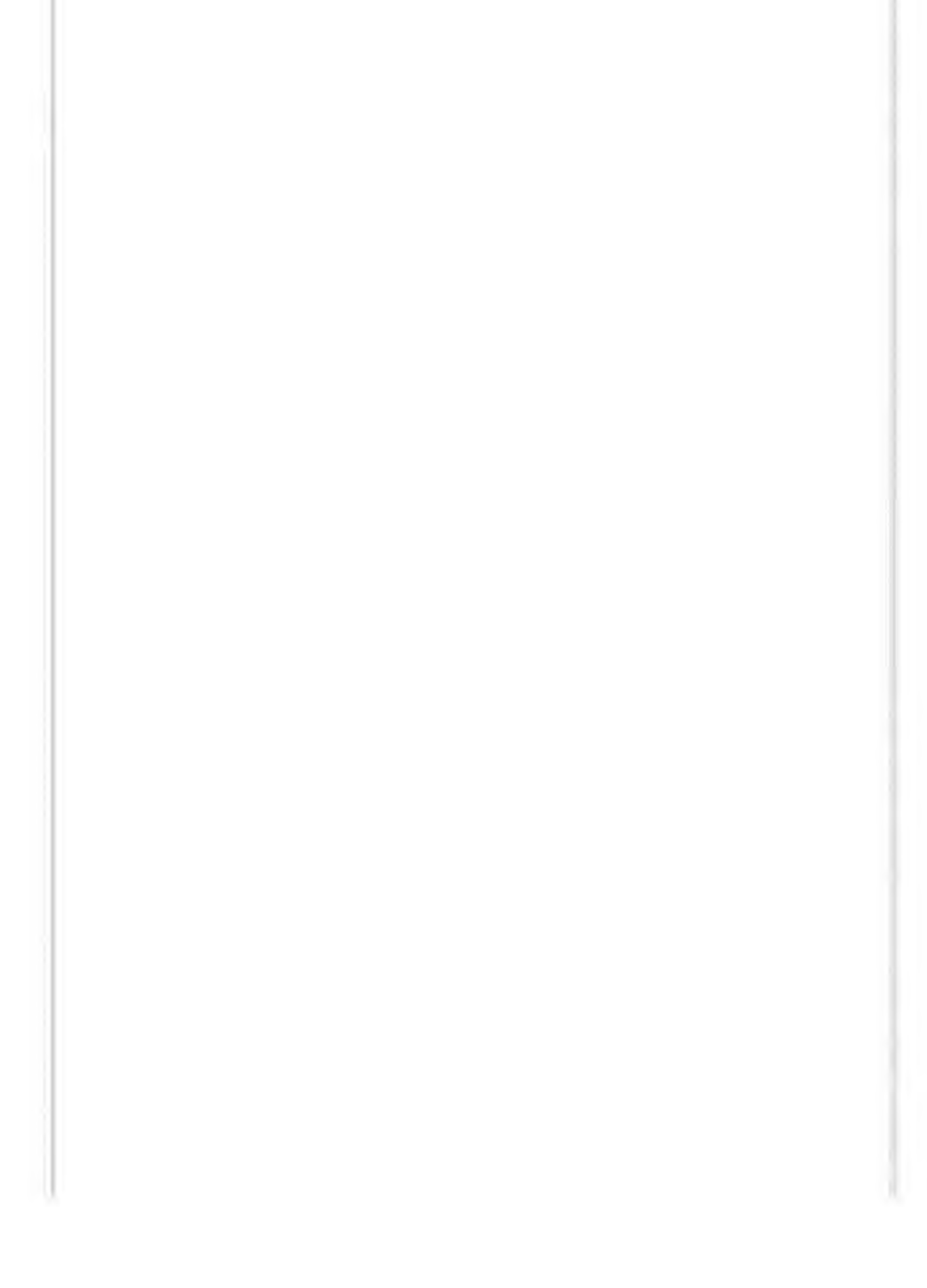
اتبعت الدراسة المنهج المسحي باستخدام استبانة تضم مجموعة من المؤشرات التي تقيس مدخلات وعمليات ومخرجات الرعاية الصحية الأولية، وبلغت عينة الدراسة (٢٧٧) طبيباً يعملون في مراكز الرعاية الصحية الأولية في خمس مناطق في المملكة العربية السعودية.

نتائج الدراسة:

جاء تقييم الأطباء عالياً لمردود الرعاية الصحية الأولية، في حين تدنى تقييمهم للبنية التحتية والموارد المتوافرة في هذا القطاع، كما كان تقييم الأنشطة الطبية أعلى من الجوانب الفنية، في حين حظيت الأنشطة الإدارية بأقل درجات التقييم. وأظهرت الدراسة أن العمليات تؤثر بشكل أكبر في مردود الرعاية الصحية الأولية من المدخلات أو الموارد المتوافرة.

الخلاصة:

بناءً على نتائج الدراسة؛ تم تقديم العديد من التوصيات الداعية إلى تفعيل إستراتيجيات تنمية الموارد البشرية، والتركيز على أنظمة الجودة، وإعادة النظر في السياسات العامة في هذا القطاع، والاهتمام بالبحوث والدراسات في هذا المجال.



مقدمة:

تمثل الرعاية الصحية الأولية محور النظام الصحى فى المملكة العربية السعودية باعتبارها إحدى الدول المشاركة فى صياغة إعلان ألما آتا الصادر عن الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية فى اجتماعها المنعقد عام ١٩٧٨م فى مدينة ألما آتا الروسية، وقد دعى إلى اعتماد الرعاية الصحية الأولية بوصفها وسيلة لتحقيق هدف "الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م".

منذ ذلك الحين حرصت المملكة على تطبيق ودعم رسالة الرعاية الصحية الأولية وتضمينها خطة التنمية الخمسية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ) وجميع خططها التالية إلى أن أصبحت الرعاية الصحية الأولية اليوم إحدى الركائز الأساسية للنظام الصحى فى المملكة. وتهدف الرعاية الصحية الأولية إلى مواجهة المشكلات الصحية الأساسية فى المجتمع من خلال تقديم الخدمات التوعوية والوقائية والعلاجية والتأهيلية اللازمة لذلك. ونظراً لتزايد الطلب على الخدمات الصحية خلال العقدين الماضيين مع الزيادة المطردة للسكان؛ تبرز أهمية الرعاية الصحية الأولية فى منظومة الخدمات الصحية بالمملكة باعتبارها الوسيلة الفضلى لتوفير الرعاية الصحية لأكبر شريحة من أفراد المجتمع.

وبالنظر إلى التوجهات القائمة فى المملكة نحو تخصيص القطاع الصحى، وتطبيق أنظمة الضمان والتأمين الصحى، والاهتمام المتزايد بترشييد استخدام المرافق الصحية، والقلق حول الارتفاع المستمر لتكاليف الخدمات الصحية - فقد تزايد الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية لتقوم بدور فاعل فى توفير الرعاية الصحية الأساسية لأفراد المجتمع بأقل تكلفة ممكنة.

وعلى الرغم من الدور الذى يعول على هذا القطاع فى تحقيق الأهداف الصحية فى المملكة، والجهود الحثيثة لتطويره، إلا أن معظم الدلائل والدراسات تشير إلى أنه لا يزال بعيداً عن تحقيق تطلعات القائمين عليه والمجتمع بشكل عام، وأن دور الرعاية الصحية الأولية فى منظومة الرعاية الصحية فى المملكة ينحسر لتدنى مستويات الأداء فيه. لذلك، لن تتحقق فعالية الرعاية الصحية الأولية بوصفها حلاً لمشكلات الأنظمة الصحية إلا بتجديد الاهتمام بهذا القطاع، وتطوير أدائه وتعزيز إمكاناته وتحديث الآليات التى يعمل بها.

لذا، قامت هذه الدراسة من خلال مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بوضع إطار لتقييم أداء مراكز الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، ومن ثم استخدام هذا الإطار في تقييم هذه الخدمات من وجهة نظر الأطباء العاملين في عينة مختارة من المراكز الصحية في خمس مناطق في المملكة العربية السعودية. وبناء على نتائج الدراسة: تم التوصل إلى مجموعة من التوصيات المقترحة: للتغلب على مواطن الضعف والاستفادة من فرص التحسين.

الفصل الأول

تمهيد

مشكلة الدراسة:

تعد الرعاية الصحية الأولية بوابة للنظام الصحي في المملكة العربية السعودية، وهي تقوم بدور مهم في تعزيز الصحة العامة وتنمية الوعي الصحي ورفع المستوى الصحي لجميع فئات المجتمع. ونظراً للاهتمام المتزايد بقياس وتحسين جودة الخدمات الصحية، وكفاءتها وفعاليتها في تحقيق الأهداف الموضوعة، وإذ انقضى أكثر من ربع قرن على نشأة وانطلاقة الرعاية الصحية الأولية في المملكة - فإن الوقت يعد ملائماً لتقييم مسيرة المملكة في هذا المجال، والتعرف على فرص التحسين الممكنة فيه.

سعى العديد من الباحثين إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة، إلا أن معظم الدراسات السابقة اعتمدت على استقصاء آراء المستفيدين (المرضى)؛ لذلك فإنه من الأهمية بمكان تقييم هذه الخدمات من وجهة نظر مقدمي الرعاية وخاصة الأطباء. ونظراً لموقعهم في قمة الهرم الطبي؛ فإن الأطباء يصنعون قرارات الرعاية غالباً، ويقومون بتحديد الدور الذي تقوم به الفئات الأخرى من العاملين في المرافق الصحية، ويتحكمون في استخدام الموارد الصحية. وفي قطاع الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية يبرز دور الأطباء بوصفه محور تقديم الرعاية واتخاذ القرار، وتزداد هيمنتهم المهنية على جوانب العمل المختلفة بسبب قصور دور وتأهيل الفئات الصحية المساندة. لذلك فإن أية محاولة جديدة لتقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة لا بد أن يكون محورها الأطباء للتوصل إلى نتائج يمكن الاستناد إليها في تحديد أوجه الخلل وفرص التحسين والتوجهات المستقبلية لهذا القطاع.

من هذا المنطلق، تسعى هذه الدراسة إلى تحديد مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، ومن ثم تقييم هذه الخدمات من وجهة نظر الأطباء العاملين في هذا المجال، وتحديد مواطن الضعف وفرص التحسين فيه.

أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ١- تحديد مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، وإيجاد نموذج لقياس أداء هذه الخدمات من منظور مقدمى الخدمة.
- ٢- قياس أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة من وجهة نظر الأطباء العاملين في هذا المجال.
- ٣- مقارنة النتائج التي يتم التوصل إليها في هذه الدراسة بما ورد في الدراسات السابقة، بالتركيز على الدراسات التي اقتصر على تقييم خدمات الرعاية الأولية من وجهة نظر المستفيدين (المرضى).
- ٤- تحديد أوجه قصور وفرص تحسين خدمات الرعاية الصحية الأولية، واقتراح التوصيات المناسبة في هذا الإطار.

أسئلة الدراسة:

- ١- ما هو تقييم الأطباء العاملين للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية؟
- ٢- ما هو تقييم الأطباء للأنشطة والإجراءات الفنية والطبية والإدارية في مراكز الرعاية لصحية الأولية؟
- ٣- ما هو تقييم الأطباء لمردود الرعاية الصحية الأولية؟
- ٤- ما هي أهم محددات مردود الرعاية الصحية الأولية؟

أهمية الدراسة:

إن موضوع جودة الرعاية الصحية في الوقت الراهن هو محور اهتمام القارئ على الخدمات الصحية في المملكة والأكاديميين وجميع فئات المجتمع، وخاصة في ظل التغييرات التي يخضع لها القطاع الصحى اليوم بهدف تحسين جودة وكفاءة هذه الخدمات وتحقيق الأهداف المرجوة منها . والرعاية الصحية الأولية باعتبارها إحدى الركائز الأساسية للنظام الصحى في المملكة التي يعول عليها الكثير لتحقيق تغطية صحية شاملة تسهم في رفع المستوى الصحى لأفراد المجتمع - هي من أكثر القطاعات الصحية حاجة للبحث والدراسة، للتعرف على مدى إسهامها في تحقيق

تطلعات المجتمع وتذليل العقبات التي تحول دون ذلك وكيفية التغلب عليها. ونظراً لشح الدراسات المتوافرة حول أداء هذا القطاع الحيوى، وتركيز المتوافر منها على جوانب معينة كرضاء المستفيدين؛ فإن الحاجة تبقى قائمة لإجراء المزيد من الدراسات التي تهدف إلى إضفاء المزيد من الضوء حول هذا الموضوع، بما يساعد القائمين على الخدمات الصحية فى المملكة على النهوض بهذه الخدمات وتحقيق أهدافها.

الفصل الثانى

الإطار النظرى ومراجعة الأدبيات

أولاً- الإطار النظرى:

الرعاية الصحية الأولية:

قررت الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية فى العام ١٩٧٧م ضرورة أن تسعى جميع الدول ومنظمة الصحة العالمية إلى تحقيق هدف "الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م"، ويتضمن ذلك أن يتمتع جميع سكان العالم بمستوى صحى يسمح لهم بممارسة حياة اجتماعية واقتصادية منتجة (WHO, 1978). وفى اجتماع الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية فى مدينة ألما آتا فى مايو ١٩٧٩م: تم إصدار إعلان ألما آتا المعروف، وهو يحدد أن الرعاية الصحية الأولية هى الطريق لتحقيق هدف الصحة للجميع بحلول العام ٢٠٠٠م (WHO, 1978).

تعرف الرعاية الصحية الأولية بأنها الرعاية الصحية الأساسية التى تقدم بشكل واسع لأفراد المجتمع، من خلال وسائل عملية سليمة علمياً، ومقبولة اجتماعياً وميسرة لجميع الأفراد والأسر فى المجتمع، ومن خلال مشاركتهم التامة وبتكلفة يستطيع المجتمع والدولة تحملها فى كل مرحلة من مراحل التنمية، وبروح الاعتماد على النفس وحرية الإرادة، وهى تمثل جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحى للدولة ككل التى هى نواته ومحوره الرئيس، ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع (WHO, 1978). وتمثل الرعاية الصحية الأولية المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسرة والمجتمع بالنظام الصحى الوطنى، وهى تقرب الرعاية الصحية إلى حيث يعيش الناس ويعملون، وتشكل العنصر الأول فى عملية متصلة من الرعاية الصحية (WHO, 1978).

ويعرف معهد الطب الأمريكى (Institute of Medicine) الرعاية الصحية الأولية بأنها: "تقديم خدمات رعاية صحية متكاملة ومترابطة سهلة المنال، من قبل أطباء مسئولين عن الأغلبية العظمى من الاحتياجات الصحية الشائعة، ومن خلال بناء علاقات شراكة مستدامة مع المرضى، والممارسة فى إطار الأسرة والمجتمع" (IOM, 1996).

كما يتضح من هذا التعريف، أن أهم مقومات الرعاية الصحية الأولية هي سهولة الحصول على الخدمة، والاستمرارية، والتنسيق والتكامل، والتفاعل الإنساني، والرعاية المتكاملة.

تهدف الرعاية الصحية الأولية إلى مواجهة المشكلات الصحية الأساسية في المجتمع من خلال تقديم الخدمات التوعوية والوقائية والعلاجية والتأهيلية اللازمة لذلك. ولأن هذه الخدمات تصمم أخذاً في الاعتبار الأوضاع الاقتصادية للمجتمع والقيم الاجتماعية السائدة، فهي لذلك تختلف من دولة لأخرى ومن مجتمع لآخر، ولكنها في أساسها تشتمل على العناصر التالية: التوعية الغذائية وسلامة موارد الغذاء، وسلامة وصحة البيئة، وخدمات الأمومة والطفولة، والتحصين ضد الأمراض المعدية المهمة، والوقاية من الأمراض الوبائية المحلية وعلاجها، والتثقيف الصحي حول المشكلات الصحية الشائعة وكيفية الوقاية منها، وتقديم العلاج المناسب للأمراض الشائعة.

جودة الرعاية الصحية الأولية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الجودة بأنها "التوافق مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المراضة (الإصابة بالأمراض) ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٨م).

ويشير (Donabedian, 1988: 1744) إلى أن لجودة الرعاية الصحية محورين: فني وإنساني، يتضمن المحور الفني تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة في التشخيص والعلاج، في حين يتضمن المحور الإنساني تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية؛ لذا فهو على الدرجة نفسها من الأهمية. وتم غالباً قياس المحور الإنساني من خلال التعرف على مجريات المقابلة بين المريض والطبيب، أو ما يعرف بالاستشارة الطبية.

ووفقاً للمنظور التقليدي فإن جودة الرعاية الصحية تعني مطابقة المعايير والمواصفات المهنية. حيث تعرف الرعاية الطبية الجيدة بأنها "هي تلك التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين" (De Geyndt, 1995: 2).

ويعرف معهد الطب الأمريكى (The Institute of Medicine) جودة الرعاية الصحية بأنها "درجة تحقيق النتائج المرجوة من الرعاية المقدمة للأفراد والمجتمع، ومدى توافقها مع المعرفة المهنية الراهنة" (McGlynn, 1997). ويشير هذا التعريف إلى أن جودة الأداء تتحقق عند مطابقة التوقعات، وأنها يمكن أن تقاس من منظور الأفراد أو المجتمع ككل، وأن الدلائل العلمية والمعرفة المهنية الراهنة هي الأساس الذى يتم وفقاً له تحديد معايير الأداء، وفى غياب هذه الدلائل فإن المعايير المهنية المتعارف عليها تمثل الأساس الذى يحدد الجودة.

ويتضح من التعريفات السابقة صعوبة تحديد تعريف بسيط ومباشر لجودة الرعاية الصحية، ومن ثم فإن عملية قياس الجودة على درجة من التعقيد والصعوبة: نظراً لتعدد الأطراف المعنية بالرعاية الصحية، وتعدد مستويات الرعاية وفئات المستفيدين منها.

قياس جودة الرعاية الصحية الأولية:

على الرغم من الاهتمام الكبير بقياس الأداء فى مجال الرعاية الصحية عامةً والرعاية الصحية الأولية خاصة، إلا أنه من أهم التحديات التى تواجه الباحثين فى هذا المجال هو تحديد الطريقة الأكثر ملاءمة للقياس وتحديد مؤشرات الأداء. وتعرف مؤشرات الأداء (Performance Indicators) بأنها أدوات لقياس جوانب جودة الرعاية الصحية المختلفة (Sheldon, 1998).

برز استخدام مؤشرات الأداء بكثرة لقياس جودة الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة وغيرها من الدول التى تعتمد على القطاع الخاص فى تقديم الرعاية الصحية: نظراً للاعتماد على هذه المؤشرات لتسويق الخدمات الصحية، واستقطاب المزيد من العملاء. وتستخدم مؤشرات الأداء بدرجة أقل بكثير فى الدول التى تعتمد على القطاع الحكومى فى تقديم الخدمات الصحية: نظراً لقصور أنظمة المعلومات فيها، ولاختلاف مصادر التمويل، ومن ثم ضعف الحافز لقياس الأداء (Sheldon, 1998). بدأ هذا الأمر فى التغيير فى السنوات القليلة الماضية فى الكثير من الدول: ليعكس تزايد المطالبة والاهتمام بأداء المنظمات الحكومية خاصة المنظمات الصحية.

توجد العديد من المداخل لتقييم جودة الرعاية الصحية، لعل أبرزها ثلاثية دونابيديان: المدخلات أو العوامل الهيكلية (Structure)، والعمليات (Process)، والمخرجات (Outcome). ويصف (Marwick et al., 1992) التقييم وفقاً لهذا النموذج كما هو مبين فى الشكل رقم (١).

الشكل رقم (١)

ثلاثية دونابيديان لتقييم الرعاية الصحية

تقييم المدخلات	تقييم البيئة التنظيمية والبنية التحتية، والظروف المحيطة بتقديم الرعاية بشكل عام ومدى تأثيرها في الجودة، ومثال ذلك: المبنى والتجهيزات والميزانية المتاحة.
تقييم العمليات	أى تقييم جميع ما يقوم به العاملون تجاه رعاية المرضى، ومن أمثلة ذلك: دقة التوثيق في السجلات الطبية، وجدولة المواعيد، أخذ العينات، الإجراءات التشخيصية والعلاجية المختلفة، أنماط وصف الأدوية، أنماط تحويل المرضى، مهارات الاتصال.
تقييم المخرجات (المردود)	تقييم النتائج النهائية للرعاية، أى التغيرات الملحوظة على المستوى الصحى للمرضى، ومن الأمثلة على ذلك: تحسين نتائج الرعاية، التقليل من السلوكيات الصحية الخاطئة، تحسين المستوى الصحى، تحقيق رضا المستفيدين، استمرارية الرعاية، القضاء على الأخطاء، نسبة الأطفال المحصنين.

يقوم نموذج (دونابيديان) على فكرة أساسية هى أنه على الرغم من أن قياس مردود الرعاية الصحية على درجة عالية من الأهمية، إلا أن هذا المردود لن يتأتى ما لم تتوافر البنية التحتية المناسبة (المدخلات)، واتباع الطريقة الصحيحة (العمليات) وفقاً للمعايير المهنية المتعارف عليها. ولا يمكن النظر إلى مؤشرات المردود باعتبارها بديلاً لمؤشرات العمليات أو العكس، وإنما هناك حاجات أو ظروف معينة هى التى تفرض استخدام أحد هذه المؤشرات دون الآخر (Mant, 2001). لذلك لابد من أن تشمل عملية القياس على مؤشرات المدخلات والعمليات والمخرجات؛ لتوفر صورة متكاملة عن أداء الأنظمة الصحية.

على الرغم من وضوح ومناسبة هذا النموذج بوصفه منطلقاً لتحديد مؤشرات الرعاية الصحية، إلا أنه لا يخلو من بعض الملاحظات المنهجية التى قد تكون على درجة من الأهمية وتؤثر فى القرارات التى يتم اتخاذها وفقاً لهذه المؤشرات. من أهم هذه الملاحظات عدم ثبات العلاقة بين العناصر التى يتضمنها النموذج (المدخلات، العمليات، المخرجات)، وعدم وجود دلائل علمية تطبيقية على وجود هذه العلاقة (De Geyndt, 1994). ويرى (Mant, 2001) أن العلاقة بين العمليات والمخرجات (نتائج الرعاية) ليست ثابتة، وقد لا تكون مرئية؛ نظراً لأن نتائج الرعاية فى كثير من الأحيان محكومة بعوامل متعددة قد يكون البعض منها غير مرتبط بالرعاية المقدمة.

ويشير (De Geyndt, 1994) إلى أن الأهمية النسبية لعناصر النموذج فى تحقيق جودة الرعاية الصحية غير معروفة؛ لذلك فإن التساؤل الذى يطرح نفسه دائماً هو هل تتساوى أهمية المدخلات والعمليات والمخرجات فى تحقيق الجودة؟ أى أن جودة المدخلات قد تساعد على تحقيق جودة الرعاية الصحية ولكنها لا تضمن ذلك. كما تعد مؤشرات العمليات ذات دلالة كبيرة؛ لأنها أكثر دلالة مقارنة بمؤشرات المخرجات على جودة الرعاية الصحية المقدمة، وتمثل مقياساً مباشراً للجودة فيما لو تم تحديدها بدقة (Mant, 2001). فى حين تعد مؤشرات المخرجات غالباً غير مباشرة؛ لأنها لا تعكس تبايناً فعلياً فى مستوى الجودة، لكن يغلب استخدامها لسهولة الحصول عليها، وأن معظم الأنظمة الصحية تجمع البيانات المتعلقة بها بشكل دورى روتينى (Mant, 2001).

ونظراً لأن الرعاية الصحية الأولية تعد مجالاً واسع النطاق يتضمن العديد من الخدمات الصحية والوقائية، ويعتمد على فئات مختلفة من العاملين والمتخصصين - فإن تحديد مؤشرات الأداء فى هذا القطاع على درجة من الصعوبة والتعقيد. وقد سعى العديد من الباحثين إلى التركيز على جوانب مختلفة من النشاط فى مرافق الرعاية الأولية، وإيجاد المؤشرات المناسبة لقياس كل منها، وفيما يلى استعراض أبرز هذه المؤشرات.

سهولة الحصول على الخدمة (Access):

يجمع الباحثون على أن سهولة الحصول على الخدمة من أهم مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية (Proctor, and Campbell, 1999; Campbell, Roland, Quale, and Jung, 1998; Maxwell, 1984; Buetow, 1998). وفى دراسة نوعية لاستقصاء آراء مقدمى الرعاية بجميع فئاتهم حول مؤشرات الأداء، وجد (Proctor, and Campbell, 1999) أن قياس سهولة الحصول على الخدمات الصحية يتطلب إيجاد مؤشرات خاصة بالبنية التحتية والكوادر البشرية من ممرضين وأطباء، وتجهيزات طبية ومواصفات المباني، وأن تشمل عملية قياس الأداء جداول المواعيد، وساعات العمل، وكيفية التعامل مع المرضى خارج ساعات عمل العيادات. كما ينبغى أن تشمل عملية القياس مدى توافر نطاق واسع من الخدمات المتنوعة والرعاية الشاملة التى تلبي احتياج المريض (Jung, 1998; Flocke, 1997). وفى دراسة مسحية لأطباء الرعاية الأولية والقيادات الإدارية الصحية وجد (Campbell et al. 1998) ضرورة أن تشمل مؤشرات الأداء نظام المواعيد، ورعاية الحالات الطارئة، والمعلومات المعطاة على الهاتف، وساعات العمل، وتسهيلات المرضى المعاقين.

تجربة المريض (Patient Experience):

تمثل تجربة المريض (Patient Experience) فى تعامله مع النظام الصحى أحد أهم الجوانب التى يجمع المتخصصون على أهمية أن تشملها عملية تقييم الأداء. ويرى (Proctor, and Campbell, 1999) أن استقصاء آراء المرضى حول الرعاية المقدمة لهم، من العناصر المهمة فى عملية تقييم الأداء؛ لذلك لابد من إيجاد المؤشرات المناسبة لقياس مدى مشاركتهم فى صنع القرارات المتعلقة بتقديم الخدمة وتنظيمها، ومجريات مقابلة المريض للطبيب (الاستشارة الطبية)، ومدى توافر الاحترام والاتصال الفعال ومهارات الإصغاء وتثقيف المريض.

وفى دراسة شاملة للأدبيات المتعلقة بأولويات المرضى حول الرعاية الأولية، تم تحديد الأولويات التالية: الإنسانية، والدقة والقدرة، ومشاركة المريض فى قرارات الرعاية، وتخصيص الوقت الكافى للرعاية، وسهولة الحصول على الخدمة، وتزويد المريض بالمعلومات الكافية عن المرض والعلاج، وفحص احتياجات المريض، والتواصل والعلاقات الإنسانية، وتوافر نطاق واسع من الخدمات (Jung et al 1998).

من الدراسات التى سعت إلى قياس جودة الاستشارة الطبية وتحديد العوامل المؤثرة فيها، تلك التى قام بها (Howie, Heaney, Maxwell, Walker, Freeman; 1999) فى أربعة أقاليم فى المملكة المتحدة، ومنها توصل إلى أن الممارسة العامة تتمحور حول الاستشارة الطبية التى تمثل النشاط الرئيس فى عيادات الطب العام. ويشير (Howie et al. 1999) إلى أهمية الطريقة التى يستخدم فيها وقت الاستشارة الطبية، وعلاقته بتمكين المرضى وباستمرارية الرعاية. شملت الدراسة نحو ستة وعشرين ألف مراجع (٢٥٩٩٤) لثلاث وخمسين عيادة فى هذه الأقاليم خلال أسبوعين متتاليين، وتضمنت عدة مؤشرات منها: تمكين المرضى (Patient Enablement)، ومدة المقابلة أو الاستشارة الطبية، ومدى معرفة المريض لطبيبه، وعدد المرضى المنتسبين فى العيادة. وجدت الدراسة أن معدل مدة الاستشارة الطبية يصل إلى نحو ثمانى دقائق، ويزيد ذلك لدى المرضى المصابين بأمراض نفسية أو يعانون من مشكلات اجتماعية، واتضح من خلال الدراسة أن درجة تمكين المرضى تزيد مع زيادة مدة الاستشارة الطبية ومع زيادة معرفة الطبيب بمرضه (Howie et al. 1999). من جانب آخر وجدت الدراسة أن هناك تفاوتاً واضحاً بين الأطباء فى مدة الاستشارة الطبية يراوح بين (٨، ٣-٤، ١٤) دقيقة، كما أن هناك تفاوتاً فى درجات تمكين المرضى حسب الأطباء، وارتبطت قدرة الأطباء على تمكين المرضى ارتباطاً موجباً بمدة الاستشارة الطبية ونسبة مرضاهم الذين يعرفونهم جيداً، وارتبطت ارتباطاً عكسياً بعدد المرضى المنتسبين للعيادة. كما وجد تفاوت فى درجة تمكين المرضى وفى مدة الاستشارة الطبية بين العيادات

المختلفة، إذ راوحت مدة الاستشارة بين (٤.٩-١٢) دقيقة. وخلصت الدراسة إلى أنه من الضرورة بمكان تشجيع الأطباء على زيادة مدة الاستشارة الطبية وتعزيز استمرارية الرعاية وتمكين المرضى (Howie et al. 1999).

فى دراسة حول مؤشرات الرعاية الصحية الأولية، قامت (Flocke, 1997) بتصميم أداة لقياس سبعة جوانب رئيسة للرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المريض، كما هى مبينة فى الشكل رقم (٢): الشمول، ومعرفة الطبيب بالمريض، والتواصل الإنسانى، والتنسيق، ومستوى الرعاية عند أول زيارة قام بها المريض، والمتابعة مع طبيب محدد، واستمرارية الرعاية. شملت الدراسة (٢٨٩٩) مريضاً فى (١٢٨) مركزاً للرعاية الأولية فى الولايات المتحدة الأمريكية. توصلت الدراسة من خلال التحليل العاملى إلى تحديد أربعة جوانب للجودة هى: التواصل الإنسانى، والمعلومات التى يمتلكها الطبيب عن المريض، وتنسيق الرعاية، ورغبة المريض فى الاستمرار فى مراجعة طبيب محدد.

الشكل رقم (٢)

مؤشرات الرعاية الصحية الأولية حسب دراسة (Flocke, 1997)

شمولية الرعاية	حصول المريض على أكبر قدر من الرعاية التى يمكن أن يحصل عليها من طبيب المركز.
المعرفة التراكمية لدى الطبيب عن المريض	إدراك المريض أن الطبيب يعرف قيمه وتفضيلاته عن الأمور المتعلقة بالرعاية الصحية، وأنه يتفهم احتياجاته ويعرف التاريخ المرضى لأسرته.
التواصل الإنسانى	يشير إلى مقدار انتباه وإصغاء الطبيب للمريض وشرحه للمعلومات المهمة للمريض.
التنسيق	معرفة الطبيب بالرعاية الصحية التى يتلقاها المريض من جهات أخرى كالزيارات التى قام بها المريض للأخصائيين ومتابعته للمشكلات الصحية التى يعانى منها.
الاتصال الأول (First Contact)	لجوء المريض إلى الرعاية الأولية باعتبارها مدخل النظام الصحى.
استمرارية الرعاية (Continuity of Care)	استمرار الحصول على الرعاية من طبيب محدد أو فريق صحى محدد.
الاستمرارية على المدى الطويل (longitudinality)	الفترة الزمنية التى تعامل فيها المريض مع العيادة أو طبيب محدد، وهى تعتبر دليلاً على عمق العلاقة بين المريض والطبيب.

وتعد قدرة طبيب الرعاية الصحية الأولية على جمع أكبر قدر من المعلومات عن المريض في أول لقاء شيئاً مهماً جداً. في دراسة قام بها (Ramsey et al, 1998) تم بحث أساليب أخذ التاريخ المرضي ومهارات الفحص الوقائي بين أطباء الرعاية الأولية في أول لقاء مع المريض. وجدت الدراسة أن الأطباء يسألون عن نحو (٥٩%) فقط من الأسئلة المهمة في التاريخ المرضي. وفي معظم الأحوال تمكنوا من جمع المعلومات المهمة حول المرض الحالي والأمراض التي يعاني منها المريض، إلا أنهم غالباً ما ينسون المعلومات الخاصة بالأعراض المرتبطة بالتاريخ المرضي (Ramsey et al, 1998). وتؤكد الدراسة أن أطباء الرعاية الأولية عندما يغفلون أسئلة مهمة متعلقة بالتاريخ المرضي؛ فإن ذلك ينعكس سلباً على قرارات العلاج.

في المملكة المتحدة وجد (Campbell, Hann, Hacker, Burns, et al. 2001) تفاوتاً كبيراً في جودة الرعاية الطبية ودرجة الحصول على الرعاية (Access) والاستمرارية والجوانب الإنسانية للخدمات المقدمة. كما وجد أن جودة الرعاية المقدمة ترتبط بالفترة الزمنية التي تستغرقها الاستشارة الطبية، فكلما زادت مدة الاستشارة الطبية؛ كانت الرعاية أفضل. وتزداد إمكانية الحصول على الرعاية في العيادات الصغيرة، أما الرعاية الوقائية فتتدن في العيادات التي تخدم المناطق التي ينخفض فيها مستوى المعيشة. كما أن درجات الرضا وجودة واستمرارية الرعاية ودرجة الحصول عليها كانت أعلى في العيادات التي تتسم بدرجة عالية من روح الفريق، ومن ثم خلصت الدراسة إلى أن زيادة مدة الاستشارة الطبية تعد من أهم محددات جودة الرعاية الصحية، كما أن روح الفريق تمثل عنصراً أساسياً لتحسين الجودة، ولا بد من بذل المزيد من الجهد لتوفير الرعاية الوقائية للفئات الفقيرة.

الجوانب الإكلينيكية:

تمثل الجوانب الإكلينيكية محور الرعاية الصحية والوسيلة التي تحقق من خلالها أهدافها بما في ذلك: وصف الأدوية، وسلامة المريض وعدم تعرضه للعدوى، والتركيز على الوقاية ورعاية الأمراض الشائعة وغيرها.

ويرى العديد من الباحثين أن قياس مؤشرات وصف الأدوية وخاصة الأدوية المتكررة والطويلة المدى من الأهمية بمكان؛ وذلك لأن مقدمي الرعاية يولون أهمية كبيرة للجوانب الإكلينيكية أكثر من الجوانب الإنسانية (Proctor, and Campbell, 1999; Moussa and Bridges-Webb, 1994; Campbell et al. 1998).

وتعد إرشادات الممارسة أحد مقومات برامج جودة الرعاية الصحية، وتزداد أهميتها بسبب اختلاف وتنوع أساليب الممارسة الإكلينيكية، وما لها من تأثير فى الرعاية المقدمة؛ لذلك يؤكد المختصون ضرورة أن تشمل عملية القياس وجود بروتوكولات علاجية يجب الالتزام بها (Proctor, and Campbell, 1999).

وفى دراسة لأطباء الرعاية الأولية والقيادات الإدارية الصحية أشار (Campbell et al. 1998) إلى ضرورة أن تشمل عملية القياس مؤشرات الرعاية الوقائية بما فى ذلك معدلات التطعيم، ومتابعة حالات الأمراض المزمنة والمسوحات الطبية، وأن يتم كذلك تقييم رعاية الأمراض المزمنة، ومدى توافر سجلات للمصابين بهذه الأمراض، وآليات متابعة ومراجعة هذه الحالات، والتعليم المستمر للأطباء لتطوير معلوماتهم وقدراتهم على التعامل مع هذه الحالات، والالتزام بالبروتوكولات العلاجية، وإحالة هذه الحالات عند الحاجة إلى المستوى الثانى لإجراء الفحوصات الدورية اللازمة.

على الرغم من توافر الكثير من مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية إلا أن المستند منها إلى دلائل علمية ما يزال محدوداً. وفى دراسة لتحديد بعض المؤشرات المستندة إلى الدلائل العلمية شملت عدة دول هى: نيوزلندا وأستراليا والمملكة المتحدة، تم تحديد خمس فئات للمؤشرات التى يمكن استخدامها بيسر دون الحاجة إلى أنظمة جمع معلومات متقدمة هى: مكافحة التدخين، ونشاطات الصحة الوقائية، ووصف الأدوية، والأمراض المزمنة، والمعلومات والإدارة (Gribben, Coster, Pringle, and Smith, 2002).

الطب المسند (المعتمد على الدلائل العلمية):

يحظى الطب المسند إلى الدلائل العلمية (Evidence Based Medicine) باهتمام متزايد باعتباره وسيلة لمواكبة المستجدات العلمية وتطوير الممارسة الإكلينيكية. ويهدف الطب المسند إلى مساعدة الأطباء ومخططي السياسات الصحية على مواكبة مستجدات البحث العلمى الطبى، وتعزيز قدرتهم على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بناء على أفضل ما يتوافر من البراهين عن فعالية وجدوى جميع التدخلات الطبية الممكنة (العسالى، ١٩٩٩). ولتحديد مؤشرات أداء خدمات الرعاية الصحية الأولية على أساس الدلائل العلمية (Evidence Based Indicators)، والتعرف على اتجاهات أطباء الرعاية الأولية تجاه الطب المسند إلى الدلائل العلمية واحتياجاتهم التدريبية المتعلقة بتطبيق هذا المفهوم، قام (McColl, Smith, and Feild, 1998) بدراسة لعينة من (٤٥٢) من أطباء الرعاية الأولية فى إحدى المقاطعات البريطانية. أظهرت الدراسة وجود اتجاهات إيجابية لدى الأطباء نحو الطب المسند إلى الدلائل العلمية، ووجود قناعة لديهم بأن تطبيق هذا المفهوم يساهم فى تحسين الرعاية الصحية.

وأشار الباحث إلى أهمية التركيز على الجوانب الإكلينيكية؛ نظراً لصعوبة تغيير سلوك مقدمي الرعاية خاصة الأطباء دون توافر دلائل إحصائية وعلمية، إضافة إلى الرغبة في جعل التقييم على أساس علمي يمارس يومياً وباستمرار بما يساهم في تحسين صحة أفراد المجتمع (McColl, A et al., 1998). على الرغم من توافر الاتجاهات الإيجابية لدى الأطباء نحو الطب المستند إلى الدلائل العلمية، إلا أن هناك عدة عوائق تمنع استفادتهم وتطبيقهم لهذا المنهج الحديث، أهمها أن الأطباء لا يملكون الإلمام الكافي بمصادر المعلومات الطبية المناسبة، وخاصة الدوريات العلمية والإصدارات المرجعية وقواعد المعلومات التي توفر أحدث الدلائل العلمية. كما وجدت الدراسة أن الأطباء حتى وإن توافر لهم هذا الإلمام، فهم غالباً لا يستخدمون أدوات الطب المستند إلى الدلائل العلمية، إما لأنهم غير ملمين بهذه الأدوات أو المصطلحات ذات العلاقة، وإما لعدم توافر شبكات الإنترنت في مواقع عملهم. وقد كانت نسبة منخفضة من الأطباء (١٧٪) ذات اتصال بشبكة الإنترنت وهي تعد مصدراً أساسياً للطب المستند إلى الدلائل. ولعل أهم معوقات الطب المستند إلى الدلائل هو ضيق الوقت المتاح لاستخدامه؛ لذلك يرى معظم الأطباء أنه من الأنسب وضع إرشادات الممارسة المستندة إلى الدلائل العلمية (Evidence Based Clinical Guidelines) وتوزيعها على الأطباء بدلاً من أن يتم تدريبهم جميعاً على طرق البحث في الأدبيات وقواعد المعلومات وتقييم الدلائل تقييماً فردياً (McColl, et al., 1998).

يتزايد الاهتمام بما يظهر من عدم اتباع إرشادات الممارسة المستندة إلى الدلائل العلمية (Evidence Based Guidelines) بين أطباء الرعاية الأولية. أجرى (Watkins et al, 1999) دراسة تهدف إلى التعرف على آليات حصول الأطباء على إرشادات الممارسة، وكيفية استخدامها في عملهم اليومي في رعاية مرضاهم، وتحديد طبيعة الصعوبات التي تعترض الاستخدام الأمثل لها. شملت هذه الدراسة (٣٩١) ممارساً عاماً في عدة مناطق، ووجدت أنهم يعتبرون إرشادات الممارسة على درجة من الفائدة والأهمية للتعرف على أحدث المعلومات الطبية. كما وجدت الدراسة أن من أهم العوامل المؤثرة في اتباع الأطباء لإرشادات الممارسة هو وضوح صياغتها، وصدورها عن جهة رسمية غير متحيزة، وانسجامها مع الطريقة المعتادة للممارسة، واتساقها بالمرونة بما يحقق درجة من حرية الممارسة الفردية (Watkins et al, 1999). تشير الدراسة كذلك إلى أن إرشادات الممارسة تعتبر وسيلة آمنة لتفويض المهام للفئات المساندة، وتفعيل مشاركة المريض في صنع القرارات العلاجية. واستخلصت الدراسة وجود اتجاهات إيجابية لدى الأطباء نحو إرشادات الممارسة، وأن معظم الأطباء يقوم

بتطويع أو مواءمة الإرشادات لتناسب الاحتياجات الفردية للمرضى. وتؤكد الدراسة ضرورة أخذ الاعتبارات السابقة عند وضع هذه الإرشادات لتيسير تطبيقها والالتزام بها (Watkins et al, 1999).

إن الغاية التى تسعى إليها مجهودات الطب المستند إلى الدلائل العلمية هى اتباع أكثر الإجراءات فعالية أو قدرة على تحقيق أهداف الرعاية الصحية. وقد تكمن الصعوبة فى تحديد المقصود بمصطلح الفعالية: لذلك قام (Tomlin, Humphrey, and Rogers, 1999) بإجراء دراسة نوعية لتحديد مفهوم الفعالية من وجهة نظر أطباء الرعاية الصحية الأولية فى المملكة المتحدة. أظهرت الدراسة وجود ثلاثة مداخل لتعريف فعالية الرعاية الصحية هى: مدخل متعلق بالجوانب الإكلينيكية، وآخر متعلق بالمرضى، وثالث يتعلق باستخدام الموارد. سعت الدراسة بعد ذلك إلى التعرف على مسببات عدم التزام الأطباء بمفهومهم للفعالية، وتوصلت إلى أن الأسباب تعود فى الدرجة الأولى لعوامل مرتبطة بالمرضى إلى ذلك ضيق الوقت، ونقص المهارة والمعرفة، نقص الإمكانيات، و"القصور البشرى" (Tomlin et al. 1999). كما سعت الدراسة إلى التعرف على مصادر المعلومات التى يستند إليها الأطباء فى حال عدم التأكد من الأسلوب الأمثل للعلاج، ووجدت أن الأطباء يرجعون غالباً إلى زملائهم فى العيادة أو فى المستشفى للنصح والمشورة فى مثل هذه الأحوال (Tomlin et al. 1999). أما عن محركات التغيير فى أساليب الممارسة بين الأطباء فقد تركزت على الملاحظة والاحتكاك بالأطباء الآخرين وبخاصة فى المستشفى، إضافة إلى الاطلاع على الأدبيات العلمية. انتهت الدراسة إلى أن الافتراضات التى يقوم عليها الطب المستند إلى الدلائل العلمية لا تمثل قناعة مشتركة وواسعة الانتشار بين أطباء الرعاية الأولية مما يمثل عائقاً أمام تطبيقها. وتوصى الدراسة بأن رفع فعالية الرعاية الصحية يتطلب رؤية واسعة ومنظوراً واقعياً يأخذ فى الاعتبار الأمور التى تهم الأطباء، ويتواءم مع الطبيعة المعقدة للعمل الذى يقومون به (Tomlin et al. 1999).

ومع تزايد الاهتمام بالطب المستند إلى الدلائل العلمية: تبرز الحاجة إلى معرفة ردود الفعل حول استخدام مؤشرات الأداء المرتبطة بالدلائل العلمية. وهذا ما بحثته الدراسة النوعية التى قام بها (Wilkinson, McCall, Wxworthy, Roderick, et al, 2000) لحالات الأمراض المرتبطة بالقلب والجهاز الدورى فى إطار الرعاية الأولية. باستخدام المقابلات الشخصية شبه المقتنة مع (٥٢) من العاملين فى هذا القطاع ومنهم الأطباء والمديرون والمرضى. تتمثل أهم معوقات استخدام مؤشرات الأداء المستندة إلى الدلائل العلمية فى نوعية المعلومات ودقتها، إضافة إلى المواصفات الفنية المرتبطة

بهذه المؤشرات، ومنها المستويات القياسية (Thresholds) التي يتم عندها اتخاذ إجراءات طبية معينة. وعلى الرغم من هذه المعوقات فإن المؤشرات ذاتها تعتبر كافية لدفع معظم العاملين في هذا القطاع إلى إعادة النظر في بعض جوانب الأداء، إلا أنها لا تسهم بالضرورة في حل جميع مشكلات الجودة في هذا القطاع خاصة مشكلة عدالة توزيع الخدمات (Wilkinson et al 2000). واتفقت الأغلبية على أن تحسين جودة المعلومات الطبية، وتحسين دقة التوثيق، يعد أساس تحقيق مؤشرات الأداء للهدف الذي وضعت من أجله. من جانب آخر، فإن من أهم معوقات التغيير عدم توافر الوقت والإمكانات اللازمة لتطبيق مؤشرات الأداء، هذا بالإضافة إلى الحاجة إلى تدريب العاملين، واتخاذ الإجراءات التطويرية الكفيلة بتحسين دقة المعلومات، ومن ثم الاستفادة من هذه المؤشرات في تحسين جودة الخدمات.

الجوانب التنظيمية:

إن الهدف من تقييم الأداء هو تطوير وتحسين الرعاية الصحية، ولتحقيق ذلك لا بد من إيجاد آليات المتابعة، ومؤشرات القياس المناسبة لرصد مقدار التطور في الخدمات المقدمة وفي أساليب الأداء. ويرى (Proctor, and Campbell, 1999) ضرورة أن تشمل مؤشرات الأداء التعليم المستمر، والتراخيص وإعادة الترخيص، وضرورة إجراء المراجعة المستمرة للسجلات الطبية (Medical Audit)، وقياس مدى استخدام تقنية المعلومات بوصفها مؤشرات لتطوير الخدمات. ويؤكد (Campbell et al. 1998) ضرورة أن تشمل مؤشرات الأداء قياس أداء المنظمة ككل من خلال إجراء المراجعة الطبية الدورية، ومراجعة السجلات الطبية، والتقييم المستمر لمهارات العاملين، ومدى حصولهم على التدريب والتعليم المستمر المناسب. وفي دراسة لأهم طرق قياس الرعاية الأولية من وجهة نظر الممارسين، وجد أن الأطباء يفضلون أن تشمل مؤشرات الأداء الجوانب المتعلقة بالتعليم الطبي المستمر (Moussa and Bridges-Webb, 1994).

التكامل والتنسيق:

تعد درجة التكامل والتنسيق مع المستوى الثاني للرعاية ممثلاً في المستشفيات والمراكز التخصصية، ومدى سهولة وتنظيم عملية الإحالة للمستوى الثاني، تعد من الجوانب المهمة في تقييم الرعاية الأولية (Proctor, and Campbell, 1999 ; Campbell et al. 1998). حددت مجموعة العمل الأوروبية المختصة بجودة الرعاية الصحية الأولية (European Working Party on Quality of Family Practice) (EQUIP) عدة عناصر لا بد من توافرها لتحقيق جودة التواء الرعاية الأولية بالرعاية

التخصصية (Kramme, Olsen, Samuelsson, 2001). بعد عقد العديد من ورش العمل وحلقات النقاش توصلت المجموعة إلى ضرورة إجراء العديد من التغييرات في أنظمة الرعاية الصحية، وفي الطريقة التي ينظر بها الأطباء إلى دورهم وأدائهم. وأن تجزئة أنظمة الرعاية الصحية تمثل تحدياً كبيراً قد ينعكس سلباً على جودة هذه الرعاية فيما لو تم تحقيق التعاون والتنسيق والترابط في الأجزاء المختلفة. وقد تم التوصل إلى أن تلبية احتياجات المريض تفرض على الطبيب أن ينظر إلى النظام الصحي من خلال منظور المريض. توصلت مجموعة العمل إلى تحديد عشرة عناصر أساسية للتطوير مبينة في الشكل رقم (٣).

الشكل رقم (٣)

العناصر الأساسية لتطوير التقاء الرعاية الصحية الأولية بالرعاية الثانوية (التخصصية) (Kramme, Olsen, Samuelsson, 2001)

المحور	الوصف
القيادة	أى ضرورة تنمية القيادات التي تدرك مسؤوليتها تجاه تحسين التقاء الرعاية الأولية بالرعاية التخصصية بما في ذلك القيادات المحلية والقيادات المهنية. وينبغي لهذه القيادات تحديد التوصيف الوظيفي لجميع العاملين أخذاً في الاعتبار بناء علاقات التعاون بين مستويات الرعاية المختلفة.
توحيد مداخل الرعاية المبدئية	لتحقيق ذلك لا بد من إزالة الحواجز بين مكونات النظام الصحي المختلفة، ووضع مؤشرات وإرشادات الرعاية التي تحدد دور كل مستوى بدقة.
توزيع المهام	أى توزيع المهام بدقة بين أطباء الرعاية الأولية والأطباء الأخصائيين، وعلى الرغم من أن مهام الأخصائيين تكون غالباً محددة بشكل كبير إلا أن أكثر الدول لا تزال تواجه إشكالية في هوية الطب العام وتحديد مكوناته، لذلك لا بد من تحديد دور أطباء الرعاية الأولية بما يحقق العدالة وسهولة الحصول على رعاية صحية ذات تكلفة مناسبة وجودة عالية.
إرشادات الممارسة	وضع إرشادات الممارسة بما يكفل احتواء المشكلات المرتبطة بنقطة التقاء الرعاية الأولية والرعاية التخصصية، لذلك لا بد أن تكون هذه الإرشادات مستندة إلى أحدث المعلومات الطبية بما يتفق مع ثقافة المجتمع وإمكانياته ويحقق الجودة والاستخدام الأمثل للموارد.
منظور المريض	إيجاد نقطة التقاء تحقق سهولة الانتقال من مستوى لآخر وتيسر له الحصول على الرعاية التي يحتاج إليها وتشعره بأن النظام الصحي خالٍ من الحواجز والحدود ويتسم بالاستمرارية وتبسيط الإجراءات وتيسر رحلته داخل النظام وتشجعه على طرح وجهة نظره وإبداء رأيه في تطوير النظام الصحي.
المعلوماتية	تنمية أنظمة لتبادل المعلومات بين مستويات الرعاية وتعزيز التكامل والتنسيق فيما بينها.
التعليم	تدعيم نقاط التقاء الرعاية من خلال أنظمة التعليم، وإيجاد برامج تعليمية تعزز روح الفريق والاحترام للرعاية الأولية وتتضمن التدريب على الجودة والتنسيق.
بناء الفريق	الاعتماد على العمل الجماعي والمشاركة.
أنظمة الرقابة على الجودة	تضمن هذه الأنظمة مؤشرات وآليات رقابة على نقاط التقاء الرعاية الأولية مع الرعاية التخصصية.
الفعالية والكفاءة	ترشيد استخدام الموارد الصحية.

وتشير مجموعة العمل إلى أن زيادة تعقيد أنظمة الرعاية الصحية أدت إلى زيادة الحاجة إلى تعزيز التنسيق والتعاون بين مستويات ومكونات هذه الأنظمة المختلفة، وتحذر من أن هناك نزعة لدى مكونات أنظمة الرعاية الصحية للتركيز على مهامها ومواردها الذاتية فقط بمعزل عن كونها جزءاً من منظومة أكبر. في حين أن المريض يتعامل مع هذه المنظومة ككل، ويجد نفسه في حيرة في كل نقطة من نقاط التقاء أجزاء هذه المنظومة. ويقوم أطباء الرعاية الأولية والأطباء المتخصصون بمهام وأدوار مختلفة، وغالباً ما يرون المشكلات من زوايا مختلفة التخصصية (Kramme et al. 2001).

لذلك فإن اختلاف وجهات النظر واختلاف الثقافات وظروف العمل في داخل مهنة الطب تعكس تنوع واختلاف المشكلات النفسية والاجتماعية والجسدية للمريض، وإن العمل في إطار واقع مهني منفصل يقلص من فهم -وربما احترام- كل جانب للآخر. وعلى الرغم من أن المريض يحتاج إلى كل من الممارس العام والمتخصص، إلا أن جهوداً محدودة قد بذلت لتقريب الفجوة بينهما، ومحاولة جعل كل منهما يدرك دوره، وأنه مكمل للآخرين الذين يعملون في إطار منظومة صحية واحدة. هذا إضافة إلى أن الضغوط التي تواجهها المجموعات الطبية المختلفة لمواكبة مستجدات التقنية الطبية في مجال اختصاصها تفرض عزلة مهنية كبيرة (Kramme et al. 2001).

إشكاليات قياس جودة الرعاية الصحية:

على الرغم من أهمية مؤشرات الرعاية الصحية إلا أن قياس هذه المؤشرات وحده لا يرفع من مستوى الأداء في غياب منظومة متكاملة من جهود التحسين المستمر للجودة. ويشير المختصون إلى أن سوء استخدام مؤشرات الأداء يؤدي إلى نتائج عكسية، خاصة عندما ينظر إليها بوصفها أداة لتوجيه اللوم وإصدار الأحكام، مما يمثل سبباً لتفشى الشعور بالإحباط وانهايار جميع مجهودات تحسين الجودة (Berwick, 1998).

وتشير (Proctor, and Campbell, 1999) إلى أن القياس ذاته لا يعني تحسين الجودة، بل إن هناك من يرى أنه يؤدي إلى نتائج عكسية بخفض الروح المعنوية وتحويل الاهتمام عن جوانب أخرى مهمة في الجودة ولكنها غير قابلة للقياس. كما تؤكد أن القياس يصبح أكثر قيمة إذا ارتبط بالتعليم المستمر والتطوير. وتشير إلى أن عملية قياس الأداء في الرعاية الأولية تمثل تحدياً كبيراً غالباً، إذ إن العوامل التي تؤثر في جودة العمليات والمخرجات قد تكون مرتبطة بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية أكثر من ارتباطها بأداء المنظمات الصحية (Proctor, and Campbell, 1999). وهذا ما

تؤكدته دراسة (Campbell et al 1998) التي سعت إلى تحديد أهم الجوانب التي ينبغي أن تشملها مؤشرات الأداء، وتوصلت إلى تحديد (٢٠٠) جانب من نشاط الرعاية الأولية جدير بأن تشمله عملية القياس إلا أن عدداً محدوداً منها يمكن قياسه فعلاً.

ترى (Starfield, 1990) أن من أبرز الإشكاليات التي تعترض عملية قياس مخرجات الرعاية الصحية الأولية عدم توافر أدوات مناسبة لقياس جودة الجوانب المختلفة للنشاط. وتتمحور المشكلة في عدم تحديد المفاهيم المرتبطة بالجودة من ناحية، وفي أن العديد من الدراسات تقيس بعض الجوانب بمعزل عن جوانب أخرى على الرغم من تداخل وترابط جوانب الرعاية الصحية المختلفة بعضها مع بعض (Starfield, 1990).

جودة الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية:

تبنت حكومة المملكة العربية السعودية ممثلة في وزارة الصحة مفهوم الرعاية الصحية الأولية منذ إعلان ألما آتا، وتضمنته خطة التنمية الخمسية الرابعة (١٤٠٥-١٤١٠هـ). وقد سار تطبيق هذا المفهوم سيراً حثيثاً، وحظى بدعم كبير وعلقت عليه الآمال لتحقيق الصحة للجميع بحلول العام (٢٠٠٠م). بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في العام (١٤٢٣هـ) (١٨٠٤) مراكز تخدم نحو (١١٨٨٩) نسمة من السكان السعوديين (وزارة الصحة، ١٤٢٣هـ). ويعمل في هذه المراكز (٤٦٣٩) طبيباً يمثل السعوديون نحو (١٢,٩٪) منهم، كما يعمل فيها نحو (١٠٦٦٢) ممرضاً وممرضة يمثل السعوديون نحو (٤٨,٨٪) منهم (وزارة الصحة، ١٤٢٣هـ).

ولعل من أحدث التوجهات الحديثة في خدمات الرعاية الصحية في المملكة هو تطبيق مفاهيم العيادات المتخصصة المصغرة، والرعاية الصحية الممتدة للأمراض المزمنة، والفحص الدوري تحت مظلة الرعاية الصحية الأولية. إضافة إلى دمج الخدمات الوقائية والعلاجية الأساسية في المركز الصحي، بهدف تلبية الاحتياجات الأساسية على أساس التطبيق الذاتي لأسلوب الرعاية الصحية الأولية من خلال لا مركزية الإدارة والمشاركة المجتمعية. وسعت إلى تعزيز نظام الإحالة لربط الرعاية الصحية الأولية بالمستويات الأعلى (الثانوية والتخصصية). كما سعت إلى ربط الخدمات الصحية للرعاية الصحية الأولية بعناصر التنمية الشاملة في قطاعات أخرى كالإصحاح البيئي ومياه الشرب والتعليم والإسكان والاتصالات والإعلام.

بدأ الاهتمام بإيجاد برنامج لإدارة الجودة في قطاع الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية في العام ١٩٩٠م، إذ تم تشكيل اللجنة العلمية لجودة الرعاية

الصحية الأولية في المملكة، وقد اتخذت العديد من الخطوات لتأسيس برنامج الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية. وقدمت اللجنة عدة مبررات للحرص على تجويد خدمات الرعاية الصحية الأولية (وزارة الصحة، ١٩٩٣)، هي:

- ١- تعدد جنسيات العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية، ومن ثم اختلاف خلفياتهم الثقافية والتعليمية؛ مما يحتم وضع معايير محددة للأداء.
 - ٢- إعداد قيادات متفهمة ومقتنعة بمفاهيم إدارة الجودة من بين العاملين في الصحة والمهنيين عموماً، والتركيز على المخططين وصانعي القرار.
 - ٣- حماية المجتمع (المستهلك) من رعاية قد تكون قاصرة.
 - ٤- تمشياً مع مبادئ الرعاية الصحية الأولية وتوجهات منظمة الصحة العالمية بإيجاد برامج لإدارة الجودة.
 - ٥- حرص العاملين في مجال الصحة على الجودة من منطلق الرغبة في التعرف على كل ما هو جديد، وتحديد أوجه القصور لديهم وتطويرها من خلال التعلم المستمر.
- وبناء على هذه المبررات تم تحديد أهداف برنامج الجودة النوعية في المملكة وذلك كما يلي (وزارة الصحة، ١٩٩٣):
- ١- وضع معايير ومؤشرات قياسية لأنشطة وخدمات مراكز الرعاية الصحية الأولية.
 - ٢- تحديد مؤشرات حساسة وموضوعية من أجل التقييم والمتابعة لمدى الالتزام بالمعايير الموضوعية ومردود الخدمات الصحية وتأثيرها في المجتمع.
 - ٣- تضمين كل ما سبق في عمليات التخطيط والمتابعة والتقييم لخدمات الرعاية الأولية.
- ويتضمن برنامج الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية، خمس مراحل كالتالي (Khoja, 2001):

- ١- إعداد دليل الجودة.
- ٢- تدريب المدربين.
- ٣- تدريب فرق الرعاية الصحية الأولية في المراكز الصحية.
- ٤- التطبيق.
- ٥- التقويم.

الأدلة الإرشادية للممارسات الإكلينيكية:

منذ بداية تأسيس القطاع هناك محاولات مختلفة لإيجاد أدلة إرشادية للعاملين تشمل الجوانب الإدارية والفنية والطبية، أهمها دليل الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية الذى تم إصداره فى العام ١٩٩٢هـ (وزارة الصحة، ١٩٩٣). تم إعداد هذا الدليل من قبل اللجنة الوطنية للجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية، ويضم إرشادات لأهم جوانب النشاط فى هذا القطاع وهى: مشاركة المجتمع، وصحة الطفل، والتطعيمات، والإحالة، والأمراض المزمنة، والأدوية الأساسية، والتثقيف الصحى، وصحة الأم، والأمراض المعدية، وصحة البيئة.

كما تم إعداد العديد من الأدلة العلمية والمناهج الوطنية التى تهدف إلى إيضاح خطوات تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية المختلفة. وقد تم إعداد هذه الدلائل الإرشادية من قبل لجان علمية متخصصة بالاستناد إلى المعايير الطبية المرتكزة على الدلائل العلمية. ومن أمثلة هذه الدلائل:

- دليل خدمات رعاية الأمومة والطفولة لأطباء المراكز الصحية.
 - المنهاج الوطنى لتشخيص وعلاج الربو.
 - دليل مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة.
 - دليل إجراءات عيادة رعاية مرضى الأمراض المزمنة.
 - دليل العاملين فى حوادث التسمم الغذائى.
 - دليل الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية.
- وتساعد هذه الدلائل الإرشادية الأطباء على مواكبة المستجدات العلمية، وتجاوز التباين فى خبرة وكفاءة الأطباء وحرصهم على الاطلاع المستمر.

برنامج الإشراف الداعم:

لتهيئة القوى البشرية اللازمة للإشراف على تطبيق الجودة فى المراكز الصحية تم تصميم برنامج الإشراف الداعم، وبدأ فى العام ١٩٩٥م بهدف تعزيز تطبيق أنشطة إدارة الجودة فى مراكز الرعاية الصحية الأولية، ومن أهم أهداف البرنامج:

- تدعيم العلاقة بين وزارة الصحة والمديريات الصحية فيما يتعلق بالرعاية الأولية.
- دعم التدريب على رأس العمل فى المناطق للمشرفين والعاملين فى المراكز الصحية.

- معرفة مدى ما وصل إليه التطبيق العملي لهذه البرامج فى المراكز الصحية فى المناطق المختلفة باستخدام مؤشرات الجودة.
- ترسيخ مفهوم الإشراف كأداة لتطوير الخدمات الصحية.
- متابعة أنشطة التدريب فى برامج الرعاية الأولية فى المناطق المختلفة التى تغطيها.
- إمداد المناطق بنتائج وتقارير الزيارات الميدانية والإشرافية، ومناقشة نقاط الضعف والقوة فى الأداء للارتقاء بالمستوى العام للخدمة.
- تبادل الأفكار والأساليب البناءة بين المناطق.
- معرفة المشاكل والمعوقات التى تواجه التطبيق، ومحاولة إيجاد الحلول لها بمشاركة المسؤولين فى المناطق.
- الوقوف على المردود الناتج عن إدخال هذه البرامج وتطبيقها ومدى مطابقته للأهداف المرجوة.

مؤشرات جودة الرعاية الصحية الأولية:

يتضمن برنامج الجودة النوعية فى الرعاية الصحية الأولية الالتزام بالمعايير القياسية الواردة فى دليل الجودة لأنشطة وخدمات المراكز الصحية ومؤشرات متابعة الالتزام بهذه المعايير. وقد تم تصميم "استمارة تقويم أنشطة الرعاية الصحية الأولية باستخدام مؤشرات الجودة النوعية" (ملحق رقم ١) وهى تمثل خلاصة المعايير الواردة فى الدليل (وزارة الصحة، ١٩٩٣). تستخدم هذه الاستمارة من قبل المراكز الصحية لغرض تقويم الأداء فى إطار برنامج الجودة النوعية. وتبين هذه الاستمارة عدداً من المؤشرات منها: بيانات السكان فى منطقة المركز، والموارد البشرية فى المركز، والإمكانات المادية والتجهيزات ومواصفات المباني، وعدداً من المؤشرات المتعلقة بأنشطة الرعاية الصحية الأولية ومنها: مشاركة المجتمع، وصحة الطفل، والتطعيم، والإحالة، وضغط الدم المرتفع، والسكر، والأدوية الأساسية، والتوعية الصحية، ورعاية الأمومة، والأمراض السارية، وإصحاح البيئة.

النموذج النظرى للدراسة:

بالنظر إلى ثلاثية دونابيديان لتقييم جودة الرعاية الصحية الأولية، وعناصر الرعاية الصحية الأولية فى المملكة، وبالأسترشاد بالنماذج المستخدمة فى الدول الأخرى لتقييم الرعاية الصحية الأولية، فإن هذه الدراسة تستند إلى النموذج النظرى

الموضح في الشكل رقم (٤). وكما يتضح من هذا الشكل، فإن قياس الجودة من منظور أطباء الرعاية الأولية يتضمن ثلاثة عناصر، هي:

- ١- المدخلات / البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية.
- ٢- العمليات / الأنشطة والإجراءات الفنية والطبية والإدارية.
- ٣- المخرجات / المردود.

وتتضمن كل من هذه المحاور عناصر فرعية تم توضيحها في الشكل رقم (٤).

الشكل رقم (٤)
النموذج النظري للدراسة



ثانياً - الدراسات السابقة في المملكة العربية السعودية:

يوجد عدد من الدراسات التي سعت إلى تقييم بعض جوانب خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة. وسيتم عرض نتائج هذه الدراسات وفقاً للإطار النظري للدراسة الحالية: المدخلات، العمليات، المخرجات.

دراسات تقييم المدخلات:

هناك بعض الدراسات التي سعت إلى تقييم مدخلات الرعاية الصحية الأولية بما في ذلك البيئة التنظيمية والبنية التحتية، والظروف المحيطة بتقديم الرعاية عامة ومدى تأثيرها في الجودة، ومثال ذلك المبنى والتجهيزات والميزانية المتاحة. تعد بيئة العمل ودافعية العاملين من العناصر المهمة لتحسين الأداء في المنظمات الصحية. وقد بحث عدد من الدراسات جوانب مختلفة لبيئة العمل في منظمات الرعاية الصحية الأولية ومنها دراسة قام بها (Kalantan et al., 1999) للرضاء الوظيفي للأطباء وهي تلقى الضوء على بعض المؤشرات المهمة المتعلقة بجودة الرعاية المقدمة. تشير الدراسة إلى أن (٨٣.٢٪) من الأطباء الذين شملتهم العينة لا يحملون مؤهلات عليا، وليس من بينهم من يحمل مؤهلاً عالياً في مجال طب الأسرة والمجتمع، وأن ثلثهم تقريباً لا يتكلم اللغة العربية. كما أبدى معظم أفراد العينة عدم المقدرة على مواكبة المستجدات في مجال الاختصاص وتطوير الذات بسبب ضيق الوقت وكثرة الأعباء، إضافة إلى وجود عوامل أخرى قد تحد من جودة الرعاية المقدمة، ومنها عدم توافر التجهيزات الطبية الأساسية وكثرة المرضى، وعدم القدرة على تطبيق الإجراءات الوقائية ومفاهيم الرعاية الصحية الأولية. وأخيراً أشار المبحوثون إلى أن الرعاية الصحية الأولية تحتل مكانة دونية مقارنةً ببقية التخصصات الطبية، كما أنها لا تحظى بالتقدير الكافي من المجتمع.

وتمثل ضغوط العمل لدى أطباء الرعاية الأولية مؤشراً مهماً لبيئة العمل في هذا القطاع، وقد حددت إحدى الدراسات عدة مصادر لضغوط العمل بين الأطباء في هذا القطاع منها: المطالب التي تفرضها طبيعة العمل على الحياة الأسرية (٥٠٪)، والعزلة المهنية (٤٠٪)، وبيئة العمل (٣٩٪)، وشكاوى ومطالب المرضى وعدم تقديرهم (٥٠-٢٨٪)، وتدنى مستوى الدخل (Al-Shammari, S., Khoja, T, Al-Subai, 1995). وإذا يمثل الأطباء الوافدون من الجنسيات المختلفة معظم أطباء هذا القطاع؛ فإن اختلاف الثقافات والأمور المتعلقة بالتعاقدات السنوية تعد مصادر مهمة للضغوط عليهم.

ولا شك أن لموقع المركز الصحى تأثيراً فى بيئة العمل والقدرة على تحقيق الجودة فى الرعاية المقدمة، إذ إن هناك اختلافاً بين المراكز الصحية فى المدن والمراكز الصحية فى المناطق النائية. ويشير (Al-Khalidi, Sharif, Jamal, and Kisha, 2002) فى دراسة مسحية لفرق الرعاية الصحية فى المناطق الريفية فى جنوب المملكة إلى أن هذه الفرق تواجه عدة صعوبات منها: نقص المرافق والإمكانيات الصحية، والعوائق الثقافية وصعوبة التواصل والتفاهم مع أفراد المجتمع، ووعورة الطرق، وتدنى مستوى الوعى، والعادات والتقاليد السلبية وعدم الالتزام بتعليمات الطبيب.

وتلعب الإدارة دوراً مهماً فى برامج تحسين الجودة من خلال السعى إلى تطبيق هذه البرامج وضمان استمراريتها وتهيئة ثقافة المنظمة لتدعيمها وتمكين العاملين ليكونوا عناصر فاعلة فيها. وعلى الرغم من شح الدراسات التى أجريت على الجانب الإدارى للرعاية الصحية الأولية، إلا أن الدراسات المتوفرة تقدم معلومات مهمة فى هذا الصدد. فى دراسة مسحية لمشرفى الرعاية الأولية تبين أن لدى معظمهم اطلاعاً على دليل الجودة المعتمد من وزارة الصحة، وتصوراً ملائماً لدورهم فى تطوير مهارات العاملين وتوجيههم، إلا أن نسبة ضئيلة منهم لا تزال ترى أن مفهوم الإشراف يعنى البحث عن الأخطاء وحل المشكلات وانتقاد العاملين (Jarallah, J. and Khoja, T. 1998). كما وجدت الدراسة أن نسبة كبيرة من المشرفين لم تتلقَ التدريب على المهارات الإدارية، وأن معظمهم لا يحمل تأهيلاً عالياً، هذا إلى جانب أن دورهم محدود فيما يتعلق بوضع السياسات والتخطيط واستقطاب العاملين. وتشير دراسة أخرى إلى وجود معوقات تمنع المديرين فى مستويات مختلفة من أداء الدور المنشود فى دعم تطبيق الرعاية الصحية الأولية ومنها: فقدان استقلالية القرارات، ونقص المعلومات، وارتفاع معدلات الدوران الوظيفى، وعدم مشاركة المجتمع، وضغوط العمل، وقصور التنسيق، وعدم وضوح المسئوليات والوصف الوظيفى، والتفاوت الملحوظ فى مهارات العاملين (Khoja, T., and Kabbash, I. 1997).

دراسات تقييم العمليات:

سعى بعض الباحثين إلى تقييم أساليب العمل ورعاية المرضى بما فى ذلك دقة التوثيق فى السجلات الطبية، وجدولة المواعيد، وأخذ العينات، والإجراءات التشخيصية والعلاجية المختلفة، وأنماط وصف الأدوية، وأنماط تحويل المرضى، ومهارات الاتصال.

وقد حظى موضوع المبالغة في صرف الأدوية وبخاصة المضادات الحيوية باهتمام الباحثين في هذا المجال في المملكة ومنهم (Ali et al., 1995) الذي بحث مبررات وصف الأدوية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، ووجد أنه على الرغم من وصف الدواء في معظم الأحوال للمريض لدواعٍ طبية، إلا أنه في بعض الأحيان (٣٤٪) يتم وصف الدواء بناءً على رغبة المريض أو لمجرد إيجاد مبرر لزيارة الطبيب. كما تؤكد نتائج هذه الدراسة أن معظم زيارات المراكز الصحية تنتهي بوصف الدواء (٩٥-٩٨٪)، وأن معظم هذه الوصفات تتضمن مضاداً حيوياً (٤١-٦٣٪). ويؤكد ذلك (Mahfouz et al., 1997) إذ وجد أن معظم زيارات المراكز الصحية تنتهي بوصف أكثر من دواء للمريض معظمها تتضمن مضادات حيوية.

في دراسة لتقييم نمط وصف الأدوية الطبية لدى الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض، وجد (AlFaris and Al-Taweel 1999) أن نمط وصف الأدوية والعلاجات في مراكز الرعاية الأولية بحاجة إلى المزيد من الاهتمام، إذ إن هناك مبالغة في وصف المضادات الحيوية لنحو (٢٥٪) من المرضى الذين يعانون من أمراض الجهاز التنفسي العلوي، وذلك بغض النظر عن مدى فعالية هذه المضادات وتكلفتها، إضافة إلى آثارها الضارة على الفرد والمجتمع نتيجة لتكوين جيل من البكتيريا ذات المناعة ضد المضادات الحيوية المتوافرة؛ مما يحد من فعالية هذه المضادات مستقبلاً. كما وجد (AlFaris et al., 1999) درجة من المبالغة في وصف الأدوية المضادة للحساسية (Antihistamines) وخاصة للأطفال على الرغم من المحاذير الطبية، إضافة إلى عدم ثبوت فعاليتها وإمكانية استخدامها للأطفال. وأخيراً وجدت الدراسة أن هناك قصوراً في التعامل مع الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأن أسباب ذلك تعود إلى عدم توافر التدريب الكافي لدى الأطباء في هذا المجال، إضافة إلى قصور الأنظمة وخاصة في ظل وجود حظر حكومي على صرف الأدوية الخاصة بالأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

وقد يكون من أسباب الممارسات الطبية السلبية في وصف الأدوية للمرضى هو عدم توافر المعلومات الكافية للأطباء، وعدم قدرتهم على مواكبة المستجدات العلمية. وهذا ما يؤكد (Ali et al., 1995)؛ إذ وجد أن نصف الأطباء تقريباً لا يحصلون على معلومات وافية حول الأدوية عامة، وأن نسبة منهم (٢-٨٪) تحصل على معلوماتها من مصادر محدودة منها الاجتماعات الدورية والمجلات ومندوبي المبيعات.

من ناحية أخرى، فإن مراكز الرعاية الصحية لا تزال غير قادرة على تلبية الاحتياجات المتعلقة بالصحة النفسية، وذلك لضعف تأهيل العاملين، إضافة إلى عدم شمول قائمة الأدوية الأساسية لوزارة الصحة للأدوية النفسية. وقد وجد (AlFaris et al., 1999) أن هناك قصوراً في الرعاية المقدمة لحالات الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأن أسباب ذلك تعود إلى عدم توافر التدريب الكافي لدى الأطباء في هذا المجال، إضافة إلى قصور الأنظمة وخاصة في ظل وجود حظر حكومي على صرف الأدوية الخاصة بالأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

سعى بعض الباحثين إلى تقييم أنماط وأنظمة إحالة المرضى من مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى المستشفيات، إذ تمثل إحالة المرضى لتلقى الرعاية في المستشفيات سواء من خلال العيادات التخصصية أو التنويم أو إجراء الفحوصات التشخيصية أو غيرها - مقومات نجاح تطبيق الرعاية الصحية الأولية وتعزيز استمرارية الرعاية. وقد وجدت إحدى الدراسات التي أجريت في منطقة عسير فروقات واضحة في معدل الإحالة؛ مما يشير إلى اختلافات فردية في أسلوب الممارسة من طبيب لآخر (Khattab et al., 1999). كما وجدت الدراسة اختلافاً في معدلات التحويل بين التخصصات المختلفة مما يعد مؤشراً على الحاجة إلى تدريب بعض الأطباء للحد من التحويل غير المبرر للمستشفى. وأخيراً أشارت الدراسة إلى تدنى الاتصال والمراسلات والتوثيق بين المستشفى والمركز الصحي؛ مما يؤثر في عملية متابعة العلاج والتكامل والتنسيق فيما بينهما.

لا تقل أهمية قياس جودة الجوانب الإنسانية والتواصل ما بين الطبيب والمريض عن الجوانب الإكلينيكية في الرعاية الصحية الأولية؛ وذلك لما لها من دور في تثقيف المريض وتوعيته وإرشاده وضمان التزامه بتعليمات الطبيب. قام (Al-Shammari, 1989) بدراسة حول جودة الاستشارة الطبية في عدد من مراكز الرعاية الصحية الأولية تم فيها تقييم (١٢٢٢) استشارة طبية باستخدام عدد من المؤشرات أهمها مدة المقابلة ومجرياتها. أظهرت الدراسة أن مدة المقابلة تزيد نتيجة لعدد من العوامل التي لا ترتبط بالحالة المرضية، وذلك مثال كون المريض ذكراً، وكونه غير سعودي، وارتفاع مستواه التعليمي، وصغر عمر الطبيب. كما توصلت الدراسة إلى أن الأطباء في هذه المراكز يقضون في كتابة الوصفات الطبية وقتاً أطول مما يقضونه مع المريض، وأن (٧٦٪) من الزيارات للطبيب تنتهي بوصفة طبية، وأن (١١٪) منها تتطلب إجراء

فحوصات تشخيصية، وأن (٤٪) منها تنتهي بتحويل المريض إلى المستشفى. وأظهرت الدراسة قصور الاهتمام بالتوعية والتثقيف الصحي للمرضى فيما يتعلق بسلوكياتهم الصحية ومرضهم.

وفى دراسة مماثلة للاستشارات الطبية وجد (Al-Faris, Ea, et al.1994) أن متوسط الفترة التي تستغرقها الاستشارة الطبية يبلغ (٥,٥٨) دقيقة، وهى قصيرة مقارنة بالمعايير العالمية. وأشارت الدراسة إلى عدم وجود اختلاف فى نتائج الاستشارة الطبية الطويلة عن القصيرة من حيث وصف الأدوية والفحوصات المخبرية والإحالة للمستشفى.

دراسات تقييم المخرجات:

يقصد بهذا النوع من الدراسات ذلك المعنى بتقييم النتائج النهائية للرعاية، ومدى انعكاسها على المستوى الصحى للمجتمع، ومن الأمثلة على ذلك: تحسين نتائج الرعاية، والتقليل من السلوكيات الصحية الخاطئة، تحسين المستوى الصحى، وتحقيق رضا المستفيدين، استمرارية الرعاية، القضاء على الأخطاء، نسبة الأطفال المحصنين. ومن الملاحظ شح الدراسات من هذا النوع، وتركيز المتوافر منها على جانب واحد وهو استقصاء آراء المستفيدين. ركز عدد من الدراسات على رضا المستفيدين عن خدمات الرعاية الأولية، وتم فحص العديد من المؤشرات كما هو مبين فى الشكل رقم (٥).

أجرت (Mansour and Al-Osaimi, 1993) دراسة نوعية لاستقصاء آراء مراجعى مراكز الرعاية الصحية الأولية. أبدى أفراد العينة عدم رضاهم عن عدة جوانب من الرعاية الصحية الأولية وهى: القدرة على متابعة العلاج مع الطبيب نفسه، وأسلوب تسجيل التاريخ المرضى، والتثقيف الصحى، وكفاءة العاملين، والتجهيزات المتوافرة.

الشكل رقم (٥)

المحاور التى شملتها دراسات رضا المرضى عن الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية

المحور	مؤشرات الجودة
خدمات الأطباء	متابعة العلاج مع الطبيب نفسه، دقة واكتمال الفحص السريرى
مهارات الاتصال	قدرة الأطباء على التواصل والاستماع لشكوى المريض، الشرح المقدم من الطبيب، عائق اللغة
نتائج العلاج	نتائج العلاج وفعاليتها
انتظار المرضى	مدة انتظار المرضى
التثقيف الصحى	التثقيف الصحى الذى يقدمه الممرضون استخدام الوسائل السمعية بصرية فى التثقيف الصحى
التجهيزات	كفاية التجهيزات وعدد العاملين
الإحالة	تلبية رغبة المريض بالموافقة على إحالته للمستشفى
الفحوصات المخبرية	تلبية رغبة المريض بإجراء فحوصات مخبرية
الأدوية	توافر الأدوية
أماكن الانتظار	ملاءمة أماكن انتظار المرضى
سهولة الحصول على الخدمة	بعد المسافة إلى المركز ساعات العمل توافر عيادات متخصصة
المبنى	ملاءمة المبنى (مستأجر أم مبنى)
التعامل الإنسانى وتعاون الموظفين	أسلوب العاملين
رضا المرضى بشكل عام	مستويات الرضا

وفى دراسة أخرى لرضاء المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية فى مدينة الرياض. وجد (Ali and Mahmoud, 1993) أن (٤٠٪) من المرضى غير راضين عن هذه الخدمات، وأن (٣٠٪) من هؤلاء يشكون من بعد المسافة، ونحو (٢٠٪) من عدم ملائمة ساعات عمل المركز، و(٤٠٪) من عدم وجود عيادات تخصصية، و(٢٠٪) من وجود عائق اللغة مع الأطباء، (٦٤٪) من التأخير وطول الانتظار، ونحو (٤٠٪) من أن الطبيب لم يشرح لهم طبيعة مرضهم بشكل وافٍ.

كما وجد (Al-Faris, Khoja, Falouda, and Saeed, 1996) أن معدلات رضاء المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية عالية تصل إلى (٩٠٪). من أهم مقومات الرضاء حسب الدراسة: تعاطف الأطباء، ودقة الفحص السريرى، وحسن الإصغاء لشكوى المرضى ومشكلاتهم. أما الجوانب التى تدنت عنها درجات الرضاء فهى: مهارات الاتصال لدى الأطباء وأهمها إعطاء المريض الشرح الكافى، وعائق اللغة وخاصة مع المرضى، وعدم التنظيم، وعدم التعاون، وازدحام المركز الصحى، وعدم وجود نظام للمواعيد، ونقص الأدوية، وتدنى خدمات المختبر، وزيادة مدة انتظار المريض إلى ما يقارب الساعة، وقصر مدة الاستشارة الطبية.

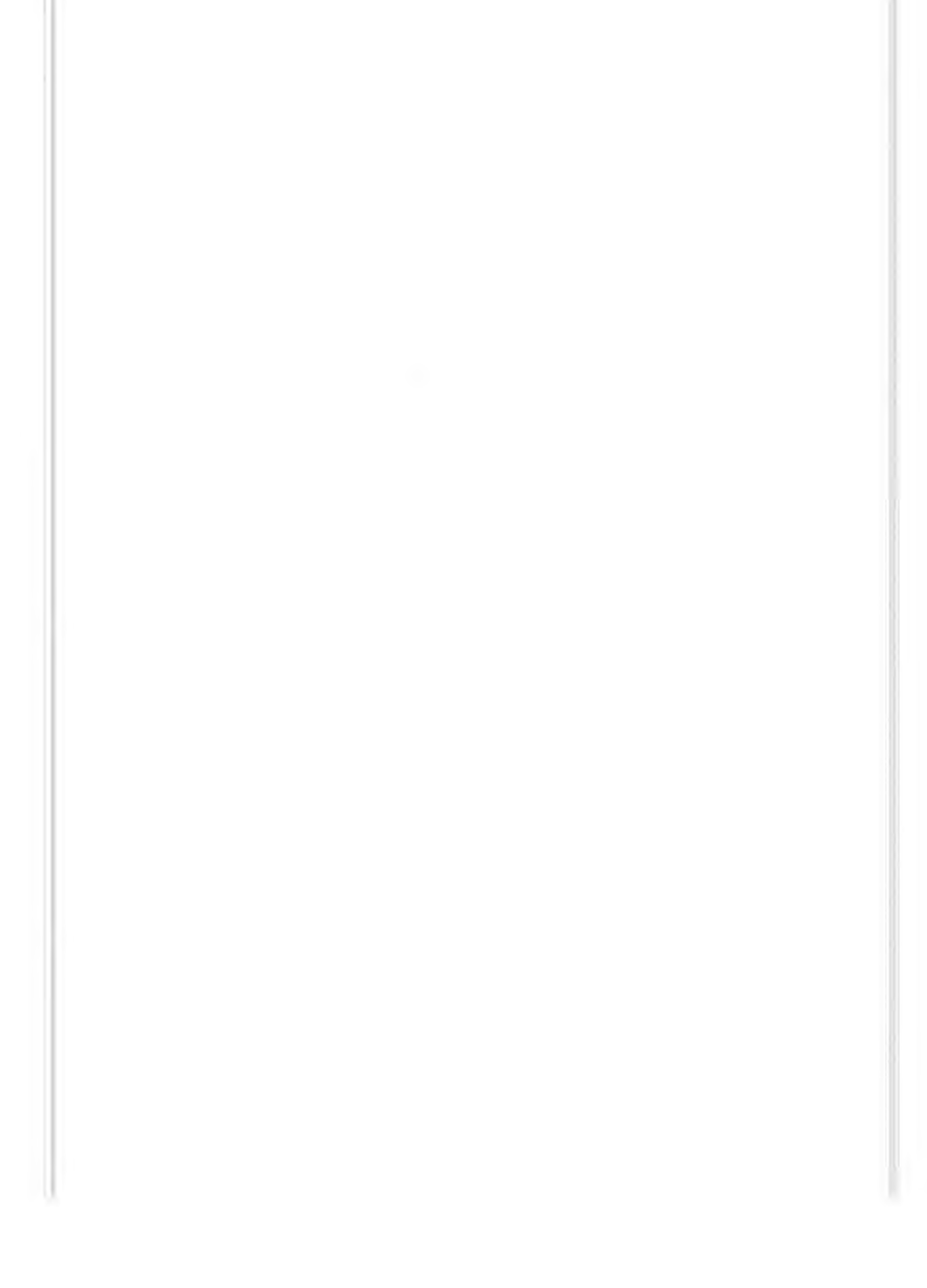
أجريت دراسة أخرى حول رضاء المرضى عن الرعاية الصحية الأولية فى مدينة القطيف قام بها (Qatari, and Haran, 1999). ووجدت الدراسة درجة عالية من الرضاء عن تعامل العاملين (٩٦٪)، وعن نتائج الرعاية (٨٨٪)، فى حين يقل الرضاء عن طول الانتظار فى المركز (٧٥٪)، وعن تجهيزات غرفة انتظار المرضى (٥٨٪)، ومواصفات مبنى المركز (٦٤٪)، وعن شرح الطبيب للمريض (٦٤٪).

قام (Abdalla , Badreldin , Al-Doghaiter; 2001) بدراسة مسحية باستخدام الاستبانة لقياس رضاء المرضى عن خدمات الرعاية الصحية الأولية لعينة مكونة من (٥٤٠) من مراجعى ثمانية من المراكز الصحية فى مدينة الرياض. أظهرت الدراسة وجود درجة معتدلة من الرضاء عن الرعاية الصحية الأولية: إذ بلغ معدل الرضاء الكلى (٣,٧٧ من خمس نقاط)، وقد كانت أعلى درجات الرضاء عن مناقشة الجوانب النفسية والاجتماعية من مشكلات المريض (٢,٩٦)، واشتكى البعض من بعد المسافة إلى المركز الصحى (٣٩٪). وتفاوتت درجات الرضاء عن عناصر الرعاية، إذ بلغ معدل الرضاء عن خدمات الأطباء (٢,٥٤ من خمس نقاط)، وبلغ معدل الرضاء عن

قدرة الطبيب على الإصغاء لشكوى المريض (٢٠٢). كما أظهرت الدراسة أن مهارات الاتصال لدى مقدمى الرعاية تمثل أهم محددات الرضاء عند المرضى، يليها المهارات الفنية للأطباء، ثم تلبية الطبيب لرغبة المريض بطلب المزيد من الفحوصات أو إحالته إلى العيادات التخصصية.

وفى منطقة عسير أجريت دراسة نوعية قام بها (Mahfouz, Al-Sharif, El-Gama, 2004) باستخدام المقابلات الشخصية مع عينة من (٢٥٢) من المسنين (أكبر من ٦٠ عاماً) من مراجعى (٢٦) من المراكز الصحية. وجدت الدراسة أن نسبة كبيرة من هؤلاء قدرها (٨٠٪) راضية عن الخدمات المقدمة فى المراكز الصحية، أما أهم أسباب عدم الرضاء فهي: عدم استخدام الوسائل السمعية بصرية فى التثقيف الصحى (٦٥٪)، طول الوقت الذى يقضيه فى المركز الصحى (٤٦٪)، وعدم توافر العيادات التخصصية (٤٢.٥٪).

وفى مدينة حائل قام (Abdullah, Saeed, Magzoub, and Reenik, 2005) بدراسة حول رضاء المرضى عن مراكز الرعاية الصحية الأولية، وجد فيها مستويات متوسطة من الرضاء (٧٣٪)، وجاءت أعلى مستويات الرضاء عن خدمات الأطباء (٤٠٤) وأقلها عن المختبر (٢٠٦٧). كما تدنت درجات الرضاء عن الرعاية الطارئة للأسنان، وغرفة انتظار المريضات، وتوافر الأدوية، وقدرة الأطباء على التواصل والاستماع لشكوى المريض.



الفصل الثالث

الإطار المنهجي

مجتمع وعينة الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة المستهدف من الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناطق المملكة المختلفة البالغ عددهم (٤٦٣٩) وفقاً لإحصاءات وزارة الصحة لعام ١٤٢٣هـ، ويبين الجدول رقم (١) توزيعهم وفقاً للجنس والجنسية.

الجدول رقم (١)

توزيع الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية وفقاً للجنس والجنسية

الجنس / الجنسية	سعودي	غير سعودي	المجموع
ذكر	٢٥٢	٢٩٤٦	٣١٩٩ (٦٩٪)
أنثى	٣٥٠	١٠٩٠	١٤٤٠ (٣١٪)
المجموع	٦٠٣ (١٣٪)	٤٠٣٦ (٨٧٪)	٤٦٣٩

المصدر: وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية: التقرير الصحي السنوي ١٤٢٣هـ.

ولتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها في ظل الإمكانيات المتاحة للباحث، ومحاكاةً لواقع انتشار أفراد مجتمع المستهدفين في المناطق الصحية بالمملكة العربية السعودية، وتفهماً لثقافة تعامل أفراد المجتمع مع استبانات الدراسات الميدانية عموماً، تم سحب عينة الدراسة باستخدام أسلوب المعاينة متعددة المراحل (Multistage Sampling Technique) وهو يقصد به (استخدام أساليب معاينة مختلفة وذلك طبقاً لطبيعة أفراد مجتمع كل مرحلة). وعليه تم تحديد عدد مراحل أسلوب المعاينة المناسب للدراسة الحالية بثلاث مراحل، هي: مرحلة اختيار المنطقة الصحية، ومرحلة اختيار مركز الرعاية الصحية الأولية، ومرحلة اختيار الطبيب. وتم تحديد أسلوب المعاينة المناسب لاختيار أفراد كل مرحلة من المراحل السابقة على النحو التالي:

١- أسلوب المعاينة العنقودية (Cluster Sampling) لاختيار أفراد عينة المناطق الصحية، وذلك باعتبار أن كل منطقة من المناطق الصحية فى المملكة وحدة مستقلة (عنقود)، ومن ثم اختيار عينة عشوائية بسيطة منها. وقد تم اختيار ست مناطق صحية من مجموع المناطق العشرين.

٢- أسلوب المعاينة العشوائية البسيطة لاختيار المراكز الصحية وذلك بالتنسيق مع الجهات المختصة، والحصول على قوائم بأسماء المراكز الصحية فى كل منطقة، ومن ثم اختيار عدد من هذه المراكز بحيث يمثل إجمالى الأطباء العاملين فيها (٢٥٪) من الأطباء العاملين فى المنطقة.

٣- توزيع الاستبانة على جميع الأطباء العاملين فى المراكز الصحية التى تم اختيارها.

أما تحديد حجم العينة فقد تمت عدة محاولات لعمل موازنة بين نسبة الخطأ والتكلفة، وللوصول إلى حجم معقول للعينة تم تطبيق المعادلة التالية:

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

حيث:

(n) حجم العينة.

(P) النسبة التقديرية لسمة معينة فى المجتمع المستهدف وهى تمثل هنا نسبة رضا الأطباء عن خدمات الرعاية الصحية الأولية فى المجتمع، ومن الطبيعى أن تكون قيمة (p) غير معلومة، لذلك فإننا إما أن نقوم بتقدير هذه النسبة من عينة استطلاعية، وإما أن نستعاض عنها بالقيمة (٠,٥) التى تعطى أكبر حجم ممكن للعينة.

(d) خطأ المعاينة المسموح به عند تقدير نسبة المجتمع (درجة الدقة المطلوبة)، وتقدر عادة بأى قيمة محصورة ما بين (٠,٠٥ و ٠,٠١)

(Z) القيمة الجدولية المستخرجة من جدول التوزيع الطبيعى بمستوى ثقة معين، وعموماً فإن قيمة (Z) تقدر بـ (١,٩٦) إذا كان مستوى الثقة (٩٥٪) وتقدر بـ (٢,٥٨) إذا كان مستوى الثقة (٩٩٪).

وبافتراض أن درجة الثقة المطلوبة هي (٩٥٪) ومن ثم فإن (z) تقدر بـ (١.٩٦)، وبافتراض أن نسبة الخطأ المقبولة هي (٤٪) بمعنى أن (d) تقدر بـ (٠.٠٤)، ومن ثم يصبح حجم العينة هو:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.05) (0.50)}{(0.04)^2} = 600$$

وحيث إن (N) وهي عدد الأطباء العاملين في مراكز الرعاية الصحية الأولية في مناطق المملكة المختلفة (مجتمع الدراسة) ٤٦٣٩ طبيباً، وأن نسبة المعاينة:

$$\frac{n}{N} = \frac{600}{4639} \quad 0.1216 \geq 0.05$$

ومن ثم فإن حجم العينة (٦٠٠) هذا يكون مبدئياً، وللوصول للحجم النهائي نتبع المعادلة التالية، ويكون الحجم النهائي للعينة هو (٥٣٥) طبيباً.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{600}{1 + \frac{600}{4639}} = \frac{600}{1 + 0.1216} = 535$$

وكما يوضح الجدول رقم (٢)، فإن حجم العينة المستهدفة هو (٦٠٠) طبيب، ولكن عدد المشاركين الفعليين في الدراسة هو (٢٧٧) طبيباً بنسبة رגיע للاستبانات بلغت (٦٢.٢٪) من إجمالي الاستبانات المرسله. وتقع نسبة الرגיע هذه في نطاق الجودة المتوسطة.

الجدول رقم (٢)

عدد الاستبانات الموزعة ونسبة الراجع منها حسب المناطق

م	اسم المركز الصحي	عدد المراكز الصحية	عدد الأطباء	عدد المرسل	عدد الواصل
١	منطقة الرياض	٣٢٦	٩٠٢	٢٦٥	١٤٩
٢	الشئون الصحية بالمنطقة الشرقية	١١٢	٤٠١	١٠٠	٩٧
٣	الشئون الصحية بمنطقة الجوف	٢٩	٧٥	٣٠	١٢
٤	الشئون الصحية بمنطقة عسير	٢١٥	٣٩٥	١٠٠	١٠٠
٥	الشئون الصحية بمحافظة جدة	٧٥	٣١٥	٧٠	٠
٦	الشئون الصحية بمنطقة تبوك	٤٥	١٠٨	٣٥	١٩
	المجموع	٨٠٢	٢١٩٦	٦٠٠	٣٧٧ (٦٢,٣%)

جمع البيانات:

تم جمع المعلومات الخاصة بهذه الدراسة على ثلاث مراحل، هي:

المرحلة الأولى - مراجعة الأدبيات:

تمت مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بموضوع الدراسة بالتركيز على الدراسات المختصة بقياس الرعاية الصحية الأولية، سواء في المملكة العربية السعودية أو في بعض الدول التي تطبق هذا النظام كالمملكة المتحدة وأستراليا. كما تمت دراسة الأدبيات المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية في المملكة لتحديد أهم خصائصها ووضع أهم مؤشرات أداء هذا القطاع.

المرحلة الثانية - المقابلة الشخصية:

تم إجراء عدد من المقابلات الشخصية مع مجموعة من فئات العاملين المختلفة في مجال الرعاية الصحية الأولية، إضافة إلى مجموعة من المستفيدين، وذلك لبلورة ما تم التوصل إليه من خلال الأدبيات وتحديد المزيد من المؤشرات، وإيجاد نموذج متكامل لقياس أداء هذه الخدمات من منظور مقدمي الخدمة أخذاً بالاعتبار معطيات الواقع المحلي.

المرحلة الثالثة - الاستبانة:

بالاسترشاد بنتائج دراسة الأدبيات والمقابلات الشخصية، تم إعداد أداة خاصة لتقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة من وجهة نظر الأطباء العاملين في هذا المجال. وقد تم إخضاع الأداة لسلسلة من الاختبارات للتحقق من صدقها وثباتها؛ وذلك بعرضها على مجموعة من الأكاديميين والممارسين في هذا المجال. كما عرضت الاستبانة على مجموعة مختارة عددها ثمانية من الأطباء العاملين في ثلاثة مراكز صحية في مدينة الرياض، وذلك لتجربتها وتقييم مدى وضوح الأسئلة وشمولها وقياسها لما ينبغي قياسه. وبناء على الملاحظات الواردة والتعديلات المقترحة تمت صياغة الاستبانة بشكلها النهائي. وقد تم قياس درجة الثبات الإجمالية للأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ الذي بلغ (٠,٩٧) وهي نسبة عالية.

المقاييس:

تضمنت أداة جمع المعلومات ستة مقاييس، هي:

- ١- البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية: شمل هذا الجزء ستة عشر بنداً تقيس وجهة نظر الأطباء حول مدى توافر الإمكانيات والتجهيزات المادية والبشرية اللازمة لتقديم الرعاية الصحية الأولية.
- ٢- تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية: تضمن ستة عشر بنداً تقيس تقييم الأطباء للأنشطة والإجراءات الفنية المختلفة، بما في ذلك إجراءات حفظ الأدوية والفحوصات التشخيصية واحتياطات الوقاية من العدوى وإجراءات التمريض وإجراءات التوعية الصحية.
- ٣- تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية: يتضمن عشرين بنداً تقيس تقييم الأطباء للإجراءات والأنشطة الطبية المتعلقة بالأمراض والمشكلات الصحية الشائعة، والإجراءات الروتينية كالفحص السريري والتاريخ المرضي والقدرة على التواصل مع المرضى.
- ٤- تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية: يتضمن تسعة عشر بنداً تقيس تقييم الأطباء الجوانب الإدارية والتنظيمية المختلفة في مراكز الرعاية الأولية ومنها إجراءات الإحالة، والتكامل والتنسيق مع الجهات الأخرى، وأساليب تقويم الأداء، وإدارة الجودة، ومشاركة المجتمع.

٥- تقييم مردود خدمات الرعاية الصحية الأولية: يتضمن عشرين بنداً تقيس مردود الرعاية الصحية الأولية من الجوانب المختلفة، ومنها تحسين المستوى الصحي للمجتمع، ومكافحة الأمراض المعدية، ورفع الوعي الصحي، وصحة المسنين، وصحة البيئة، وصحة الأمومة والطفولة، وتحقيق مشاركة المجتمع.

٦- المعلومات الشخصية: تشمل تسعة بنود حول الخصائص الشخصية كالعمر والجنس والجنسية، إضافة إلى التخصص والتدريب في مجال الرعاية الأولية.

تحليل البيانات:

للإجابة عن أسئلة الدراسة تم استخدام برنامج (SPSS) لإجراء الأساليب الإحصائية التالية:

- للتعرف على خصائص عينة الدراسة وتقييم الأطباء لجوانب الرعاية الأولية المختلفة: تم استخدام الإحصاءات الوصفية بما في ذلك التكرارات والنسب المئوية والوسط الحسابي والانحراف المعياري.

- لاختبار العلاقة بين كل من المدخلات والعمليات مع مردود الرعاية الصحية الأولية: تم استخدام تحليل الارتباط.

- ولتحديد معالم هذه العلاقة: تم استخدام تحليل الانحدار الخطي المتدرج.

الفصل الرابع

تحليل البيانات

أولاً - خصائص عينة الدراسة:

توزيع العينة تبعاً للمنطقة الجغرافية:

يبين الجدول رقم (٣) التوزيع الجغرافي لعينة الدراسة. كما يتضح من هذا الجدول: فإن أعلى نسبة للأطباء المشاركين في الدراسة هي (٣٩,٥ %) من منطقة الرياض، يليها الأطباء في منطقة عسير بنسبة (٢٦,٥ %)، ثم في المنطقة الشرقية بنسبة (٢٥,٨ %)، وأقل النسب كانت عن منطقة الجوف (٣,٢ %).

الجدول رقم (٣)

توزيع العينة تبعاً للمنطقة الجغرافية

المنطقة	التكرار	النسبة
الرياض	١٤٩	٣٩,٥
الشرقية	٩٧	٢٥,٨
عسير	١٠٠	٢٦,٥
الجوف	١٢	٣,٢
تبوك	١٩	٥
الإجمالي	٣٧٧	١٠٠

توزيع العينة تبعاً للخصائص الشخصية:

يبين الجدول رقم (٤) الخصائص الشخصية لأفراد العينة متضمنة النوع، والحالة الاجتماعية والجنسية والعمر. وكما يتضح من هذا الجدول فإن أغلبية المشاركين في الدراسة من الذكور، إذ يبلغ عددهم (٢٤٨) طبيباً بنسبة (٦٧ %)، مقابل (١٢٠) من الإناث، بنسبة (٣٢ %). أما الجنسية فإن الأغلبية هي من الجنسيات العربية وهم يمثلون (٥٥ %) من إجمالي العينة، يليهم الجنسيات الآسيوية وهم تمثل ثلث العينة تقريباً، يليهم السعوديون وعددهم (٣٩) طبيباً وطبيبة يمثلون (١٠ %) من إجمالي العينة. وكما يتضح من بيانات مجتمع الدراسة، فإن نسبة الذكور إلى الإناث متقاربة

فى عينة الدراسة مع مجتمعتها، وكذلك نسبة السعوديين إلى غير السعوديين، مما يشير إلى أن العينة ممثلة لمجتمع الدراسة.

ومن حيث العمر نجد أن (٢٦٪) تقريباً من أفراد العينة يقعون فى الفئة العمرية (٣٠ إلى أقل من ٤٠) سنة، يليهم نسبة مقاربة فى الفئة العمرية (٤٠ إلى أقل من ٥٠) سنة. ومن حيث الحالة الاجتماعية نجد أن أغلبية المشاركين فى الدراسة من المتزوجين بنسبة (٩٢٪).

الجدول رقم (٤)
الخصائص الشخصية لأفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	المتغير	
٦٧	٢٤٨	ذكر	النوع
٣٢	١٢٠	أنثى	
٩٩	٣٦٨	الإجمالى	
٧,٢	٢٧	أقل من ٣٠ سنة	العمر
٢٦	٩٧	من ٣٠ إلى أقل من ٤٠	
٢٥,٤	٩٥	من ٤٠ إلى أقل من ٥٠	
٩,١	٣٤	٥٠ فأكثر	
٦٨	٢٥٣	الإجمالى	
٩٢	٣٤٥	متزوج	الحالة الاجتماعية
٦,٤	٢٤	غير متزوج	
٩٩	٣٦٩	الإجمالى	
١٠,٤	٣٩	سعودى	الجنسية
٥٥	٢٠٥	عربى	
٣١,٢	١١٧	آسيوى	
١,٣	٥	إفريقى	
١,٣	٥	أخرى	
١٠٠	٣٧١	الإجمالى	

توزيع العينة تبعاً للخصائص المهنية:

يبين الجدول رقم (٥) الخصائص المهنية لأفراد العينة وهي تشمل: التخصص، والتدريب في مجال الرعاية الأولية، والمهام الإضافية، والمؤهلات، وعدد سنوات الخبرة والراتب الشهري. لو نظرنا في البداية إلى التخصص نجد أن الغالبية العظمى (٦٠٪) غير متخصصين، أي يمارسون الطب العام، يلي ذلك أطباء الأسنان ونسبتهم (١٢٪)، ثم أطباء الأطفال بنسبة (٥٪)، وأطباء الأسرة والمجتمع بنسبة (٣,٧٪) وأطباء النساء والولادة بنسبة (٣,٢٪).

ومن حيث المؤهلات العليا نجد أن أغلبية المشاركين في الدراسة (٧٣٪) لا يحملون أى مؤهلات عليا بعد حصولهم على درجة البكالوريوس في الطب والجراحة. وتحمل مجموعة قليلة من الأطباء بعض الدرجات العليا، ومن ذلك درجة الدبلوم بنسبة (١٤,٤٪) والماجستير بنسبة (٨,٨٪)، والدكتوراه بنسبة (٢,٤٪).

وفيما يتعلق بالتدريب في مجال الرعاية الصحية الأولية نجد أن ما نسبته (٤٠٪) تلقوا تدريباً كافياً، في حين أشار (١٧٪) إلى أنهم لم يتلقوا أى تدريب، وأشار ما نسبته (٣٧٪) إلى أنهم لم يتلقوا التدريب الكافى.

وفيما إذا كان الأطباء يمارسون أى مهام إضافية إلى جانب عملهم الإكلينيكي، نجد أن نسبة كبيرة تصل إلى (٢٨٪) تقوم بمهام المدير الفنى، وأن (١٦٪) هم أطباء وقائيون، وأن (٢١٪) منهم يمارسون مهام أخرى. ومن حيث الخبرة الوظيفية نجد أن (٢٢٪) من الأطباء خبرتهم لا تقل عن خمس سنوات، وأن (٢٣٪) لديهم خبرة تراوح بين (١٥ إلى ١١) سنة، و(٢١,٨٪) لديهم خبرة تراوح بين (٥ إلى ١٠) سنوات، و(٢٠,٦٪) لديهم خبرة وظيفية تراوح بين (١٦) و(٢٠) عاماً.

وفيما يتعلق بالراتب الشهري نجد أن الغالبية (٤٢,٤٪) تتلقى راتباً شهرياً يراوح بين (٤٠٠٠-٥٠٠٠ ريال)، يلي ذلك ما نسبته (٣٠,٧٪) من الأطباء يتلقون راتباً شهرياً يراوح بين (٥٠٠٠-٦٠٠٠ ريال). في حين يتلقى (١٦٪) من الأطباء تقريباً راتباً شهرياً يقل عن (٤٠٠٠ ريال). وأخيراً فإن نسبة ضئيلة جداً من الأطباء (١,٥٪) تتلقى راتباً شهرياً يفوق (٧٠٠٠ ريال).

الجدول رقم (٥)
الخصائص المهنية لأفراد العينة

النسبة المئوية	التكرار	المتغير	
٦٠,٨	٢٢٨	طبيب عام	التخصص
١٢,٨	٤٨	طبيب أسنان	
٥,١	١٩	طب الأطفال	
٣,٧	١٤	طب الأسرة والمجتمع	
٣,٢	١٢	النساء والولادة	
٧,٧	٢٩	أخرى	
٩٣,٢	٣٥٠	الإجمالي	
٢,٤	٩	دكتوراه	المؤهلات
٨,٨	٣٣	ماجستير	
١٤,٤	٥٤	دبلوم دراسات عليا	
٧٣	٢٧٤	بكالوريوس	
٩٨,٧	٣٧٠	الإجمالي	
١٧,٣	٦٥	لم أتلّق أى تدريب	التدريب فى مجال الرعاية الصحية الأولية
٣٧,٩	١٤٢	تلقيت قليلاً من التدريب	
٤٣,٥	١٦٣	تلقيت تدريباً كافياً	
٩٨,٧	٣٧٠	الإجمالي	
٢٨,٣	١٠٦	مدير فنى للمركز	المهام الإضافية
١٦	٦٠	طبيب وقائى بالمركز	
٢١,٣	٨٠	مهام أخرى	
٦٥,٦	٢٤٦	الإجمالي	
٢٢,٦	٨٠	أقل من ٥ سنوات	عدد سنوات الخبرة
٢١,٨	٧٧	من ٥ إلى ١٠ سنوات	
٢٢	٧٤	من ١١ إلى ١٥ سنة	
٣٠,٦	٧٣	من ١٦ إلى ٢٠ سنة	
٧,٩	٢٨	من ٢١ سنة إلى ٢٥ سنة	
٥,١	١٨	أكثر من ٢٥ سنة	
١٦,١	٥٢	٤٠٠٠ ريال فأقل	الراتب الشهري
٤٢,٤	١٣٧	أكثر من ٤٠٠٠ إلى ٥٠٠٠ ريال	
٣٠,٧	٩٩	أكثر من ٥٠٠٠ إلى ٦٠٠٠ ريال	
٩,٣	٣٠	أكثر من ٦٠٠٠ إلى ٧٠٠٠ ريال	
١,٥	٥	أكثر من ٧٠٠٠ ريال	

ثانياً - تقييم الأطباء للرعاية الصحية الأولية:

للتعرف على تقييم الأطباء فى المراكز الصحية للعناصر الرئيسة المختلفة فى الإطار النظرى للدراسة وهى: البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية، الأنشطة والإجراءات الفنية، والأنشطة والإجراءات الطبية، والأنشطة والإجراءات الإدارية، ومردود الرعاية الأولية - تم احتساب الإحصاءات الوصفية المبينة فى الجدول رقم (٦). وكما يتضح من هذا الجدول فإن أعلى تقييم كان عن الأنشطة والإجراءات الطبية بمتوسط حسابى قدره (٧٨.٢٪). أما أقل درجات التقييم فكانت للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية التى بلغ متوسطها الحسابى (٧٠.٦٪). وجاء تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية متوسطاً بمعدل (٧٥٪).

الجدول رقم (٦)

تقييم المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية

محاوّر التقييم	الوسط الحسابى	الوسط	الانحراف المعيارى
البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية	٧٠.٦٪	٧١.١٪	٩.٨
الأنشطة والإجراءات الفنية	٧٦.٥٪	٧٦.٩٪	٩.٩
الأنشطة والإجراءات الطبية	٧٨.٢٪	٧٨.٥٪	٨.٦
الأنشطة والإجراءات الإدارية	٧٢.٢٪	٧٢.٨٪	١٢.٤
مردود الرعاية الصحية الأولية	٧٥.٦٪	٧٧.٠٪	١٠.٧

تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية:

يتعلق الجزء الأول من الاستبانة بتقييم الأطباء للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية الذى يتم قياسه باستخدام المتوسط الحسابى الإجمالى لهذا العنصر، بالإضافة إلى النسب المئوية لاستجابات أفراد العينة لبنود هذا الجزء من الاستبانة مصنفة فى فئتين: التجهيزات المادية والقوى العاملة كما هو مبين فى الجدول رقم (٧).

الجدول رقم (٧)

تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية

المحور	العبارات	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
التجهيزات المادية	١- توافر التجهيزات المناسبة فى غرف فحص المرضى.	٢٢.٧	٤١.٩	٣٤.٩
	٢- توافر التجهيزات المناسبة فى المختبر وفى قسم الأشعة.	٣٧.٣**	٣٢	٢٤.٥
	٣- توافر أجهزة الحاسب الآلى لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية.	٦٧.٥**	١٤.١	١٣.١
	٤- توافر التجهيزات المناسبة لأنشطة صحة البيئة.	٦٠.٥**	٢١.٦	١٢.٥
	٥- توافر التجهيزات المناسبة فى غرف انتظار المرضى.	٥٢.٨**	٢٦.٩	١٩.٧
	٦- توافر الأدوية والمواد الطبية ذات الجودة العالية.	٢٨.٣	٣٨.٥	٣٢
	٧- توافر التجهيزات المناسبة لحفظ الأدوية والمواد واللقاحات.	٥.٢	٢٠.٥	٧٣.٦*
	٨- توافر التمويل المناسب لأنشطة التوعية الصحية.	٦٥.٩**	٢٠.٣	١٠.٧
	٩- توافر وسائل المواصلات المناسبة لنتقلات الفريق الصحى.	٦١.٩**	١٩.٢	١٦
القوى العاملة	١٠- توافر ممرضين مؤهلين.	٢٠	٣٣.١	٤٦.١
	١١- توافر طاقم فنى مؤهل (الصيدلية، المختبر ...).	١٣.٦	٣٠.١	٥٤.٩*
	١٢- توافر طاقم إدارى مؤهل.	٢٣.٧	٢٥٩	٤٩.٣
	١٣- توافر أطباء مؤهلين.	٦.٧	٢٢.١	٧٠.١*
	١٤- إتاحة الفرصة للالتحاق ببرامج تدريبية فى مجال الرعاية الصحية الأولية.	٥٢.٨**	٢٢.٧	٢٣.٧
	١٥- إتاحة الفرصة لحضور الندوات فى مجال الرعاية الصحية الأولية.	٥٤**	٢٠.٣	٢٥.١
	١٦- إلمام العاملين بأهداف وأساليب الرعاية الصحية الأولية.	٢٥.٩	٢٩.٦	٤٤.٣
الوسط الحسابى = ٧٠.٦ % الوسيط = ٧١.١ % الانحراف المعياري = ٩.٨				

* تعنى أن النسبة أعلى من (٥١%) عند مستوى معنوية ($\alpha = ٠.٠٥$).** تعنى أن النسبة أعلى من (٢٣%) عند مستوى معنوية ($\alpha = ٠.٠٥$).

إذا نظرنا في البداية إلى تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية من خلال المتوسط الحسابي لاستجابات الأطباء على بنود هذا المحور نجد أنها حصلت على درجة (متوسطة) في التقييم (٧٠,٦٪، بانحراف معياري ٩,٧). وهناك تباين واضح في درجات التقييم لبنود هذا المقياس إذ كانت أعلى درجة للبند رقم (٧) "توافر التجهيزات المناسبة لحفظ الأدوية والمواد واللقاحات"، وهو حصل على تقييم (ممتاز) من (٧٣,٦٪) من أفراد العينة. وجاءت أقل درجات التقييم للبند رقم (٣) "توافر أجهزة الحاسب الآلي لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية"، وأعطى درجة (ضعيف) من قبل (٦٧,٥٪) أفراد العينة.

ولو نظرنا إلى التجهيزات المادية نجد أن أعلى الدرجات كانت عن البند رقم (٧) (وهي درجة ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥)، يلي ذلك البند رقم (١) "توافر التجهيزات المناسبة في غرف فحص المرضى"، ثم البند رقم (٦) "توافر الأدوية والمواد الطبية ذات الجودة العالية". أما أقل الدرجات فكانت لأربعة بنود وهي على التوالي: البند رقم (٣) "توافر أجهزة الحاسب الآلي لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية" بنسبة (٦٧,٥٪)، ورقم (٨) "توافر التمويل المناسب لأنشطة التوعية الصحية" بنسبة (٦٦٪)، والبند رقم (٩) "توافر وسائل المواصلات المناسبة لتقلات الفريق الصحي" بنسبة (٦٢٪)، ورقم (٤) "توافر التجهيزات المناسبة لأنشطة صحة البيئة" بنسبة (٦٠,٥٪) (وهي جميعها ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة ٠,٠٥).

وفيما يتعلق بالقوى العاملة نجد أن درجات التقييم في مجملها أعلى نسبياً من تقييم التجهيزات المادية. وقد جاءت أعلى درجات التقييم في هذا المحور عن البند رقم (١٣) "توافر أطباء مؤهلين" وقد حظى بدرجة (ممتاز) من (٧٠٪) من أفراد العينة. والبند رقم (١١) "توافر الطاقم الفني المؤهل"، إذ حظى بدرجة (ممتاز) من قبل (٥٤٪) من أفراد العينة وهي درجة دالة عند مستوى معنوية (٠,٠٥). وعلى الرغم من أن درجات التقييم للبندين (١٠، ١٢) جاءت عالية نسبياً إلا أنها لم تكن ذات دلالة معنوية.

من جانب آخر، حصلت جهود تنمية الكوادر البشرية من خلال التدريب وإتاحة الفرصة لحضور الندوات وبرامج التعليم المستمر على أدنى درجات التقييم. فقد أعطى (٥٤٪) من المستجيبين درجة (ضعيف) للبند رقم (١٥) المتعلق بحضور الندوات والمؤتمرات في مجال الرعاية الصحية الأولية، وكذلك حصل البند رقم (١٤) "إتاحة الفرصة للالتحاق بالبرامج التدريبية" على درجة (ضعيف) من نصف المشاركين في الدراسة تقريباً، وكانت درجات البندين ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

على الرغم من أن نسبة كبيرة ترى أن العاملين في هذا القطاع يملكون الإلمام الكافي بأهداف وأساليب الرعاية الصحية الأولية، إلا أن هذه النسبة أيضاً لم تكن ذات دلالة معنوية.

نموذج التنبؤ للبنية التحتية وموارد الرعاية الأولية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية (القوى العاملة، والتجهيزات المادية) في محور البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية، تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد، الذي تظهر نتائجه في الجدول رقم (٨). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً في محور البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية هو: التجهيزات المادية حيث يشرح منفرداً (٨٦٪) من قيمة هذا المحور تقريباً، في حين يساهم متغير القوى العاملة منفرداً في زيادة شرح معادلة المحور الأول بنحو (١٣٪) ليصبح مجموع نسبة ما يقدمه المتغيران من تفسير لهذا العنصر نحو (٩٩٪).

الجدول رقم (٨)

أثر العناصر الفرعية في البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٠,٠٦٤	٠,١٠٤	٠,٦١٠	٠,٧١٤
التجهيزات المادية	٠,٥٥٥	٠,٠٠٢	٣٣٥,٠	٠,٠٠٠
القوى العاملة	٠,٤٤٤	٠,٠٠٢	٢٦٢,١	٠,٠٠٠

ف = (٢٤٣٣٨٠)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠) معامل التحديد = (٠,٩٩)

عليه يمكن صياغة معادلة تنبؤ قيمة المحور الأول (البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية) على النحو التالي:

البنية التحتية = (٠,٥٥٥ + ٠,٠٦٤) التجهيزات المادية + (٠,٤٤٤) القوى العاملة.

تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية:

تشمل الأنشطة والإجراءات الفنية الجوانب الفنية غير الطبية التي تتضمن: التمريض، والفحوصات المخبرية والأشعة، الصيدلانية، وصحة البيئة والتوعية الصحية كما هو مبين في الجدول رقم (٩). وبالنظر لمجموع درجات التقييم الإجمالي لبنود هذا العنصر الذي بلغ (٧٦,٤٪): فإن بالإمكان القول إن هذا العنصر كسابقه يحظى بدرجة متوسطة من الجودة من وجهة نظر الأطباء المشاركين في هذه الدراسة. وللتعرف على تفاصيل تقييم جوانب هذا العنصر المختلفة: تم تقسيم بنود المقياس إلى خمس فئات، هي: الأدوية، والجوانب الفنية المساندة، والتوعية الصحية، وصحة البيئة، والالتزام بمبادئ وأسس الرعاية الصحية الأولية.

تشير نتائج الدراسة إلى أن الإجراءات المتعلقة بالأدوية تحظى بأعلى درجات التقييم؛ إذ حصلت معظم بنود هذا العنصر على درجة (ممتاز) من نسبة عالية من المستجيبين راوحت بين (٥١,٥-٨١٪) من العينة. وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وتؤكد هذه النتائج أن إجراءات توفير الأدوية وحفظها والتحقق من سلامتها، وتوخى الدقة في التعليمات المعطاة للمرضى حول كيفية استخدامها - تحظى برضاء الأطباء المشاركين في الدراسة.

وكانت أدنى درجات التقييم عن الإجراءات المتعلقة بصحة البيئة بما في ذلك القيام بزيارات ميدانية للأماكن السكنية والصناعية: للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية، ثم تحديد مواقع التلوث البيئي وقد حصلت على درجة (ضعيف جداً) من غالبية أفراد العينة (٥٧ و ٦٢٪) على التوالي، وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وتؤكد هذه النتائج أن نشاط صحة البيئة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لا يزال دون المستوى المطلوب من وجهة نظر الأطباء.

وتعد الإجراءات المتعلقة بسلامة ونظافة البيئة الداخلية للمركز الصحي أفضل نسبياً، بما في ذلك احتياطات الوقاية والسلامة التي يتبعها العاملون لمنع انتقال العدوى، وإجراءات التخلص من النفايات الطبية، وإجراءات النظافة والتعقيم داخل المركز وقد حظيت بدرجات عالية في التقييم وراوحت نسبة الذين أعطوا هذه الجوانب درجة (ممتاز) بين (٥٦,٥٪ و ٦٠٪) من أفراد العينة. وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وفيما يتعلق بالإجراءات الفنية المساندة نجد أن خدمات التغذية المتمثلة في وجود برامج تغذية ملائمة لاحتياجات الفئات الأكثر عرضة للخطر حصلت على درجة (ضعيف جداً) من قبل (٤٣,٥٪) من أفراد العينة. وكانت هذه الدرجة ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وقد جاءت درجات التقييم متوسطة إلى عالية فيما يتعلق بالفحوصات التشخيصية وإن كان هناك نسبة (٢٣,٧٪) من أفراد العينة يرون أنها (ضعيفة جداً)، إشارة إلى وجود تفاوت في مستوى هذه الخدمات من مركز لآخر.

وفيما يتعلق بإجراءات التوعية الصحية، رأى أكثر من ثلث أفراد العينة أنها (ممتازة)، ورأى ثلثهم الآخر أنها (ضعيفة جداً): مما يؤكد وجود تباين في الاهتمام بالتوعية والتثقيف الصحي بين المراكز الصحية التي شملتها الدراسة.

وترى نسبة كبيرة من المشاركين في الدراسة أن العاملين في الرعاية الصحية الأولية يلتزمون بتطبيق مفاهيم وأسس الرعاية الأولية، ويركزون على الوقاية في جميع جوانب العمل، وهذا يعد من أهم ركائز الرعاية الصحية الأولية. من جانب آخر، فإن هناك نسبة راوحت بين (١٩-٢٦٪) يرون أن الالتزام بهذه المبادئ (ضعيف

جداً): مما يشير إلى أن الحاجة لا تزال قائمة في بعض المراكز الصحية إلى توعية وتحفيز العاملين إلى الالتزام بأسس ومبادئ الرعاية الصحية الأولية، وأهمها التركيز على الوقاية وتنمية الوعي الصحي لأفراد المجتمع.

وأخيراً تجدر الإشارة إلى أن ارتفاع نسب الذين يرون أن جميع الجوانب الفنية (ممتازة) لم يمنع من وجود نسبة مهمة تصل إلى (٢٠-٣٠٪) من المشاركين في الدراسة ترى أن هذه الجوانب (ضعيفة جداً) ولعل ذلك واضح فيما يتعلق بالإجراءات المتعلقة بالتوعية الصحية وخدمات التغذية، مما يؤكد أن هذه الجوانب بحاجة إلى المزيد من الاهتمام.

الجدول رقم (٩)
تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية

المحور	العبارة	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
الإجراءات المتعلقة بالأدوية	توافر الأدوية الأساسية لجميع المرضى.	١٤.٩	٣٣.١	٥١.٥
	إجراءات التأكد من سلامة الأدوية واللقاحات.	٨.٨	١٧.٩	٧٢.٣*
	إجراءات حفظ وتداول اللقاحات والأدوية.	٤.٣	١٤.١	٨١*
	دقة التعليمات المعطاة للمرضى حول استخدام الأدوية.	٦.٧	٢٧.٢	٦٤.٥*
الإجراءات الفنية المساندة	دقة وجود الفحوصات التشخيصية في المركز (المختبر، الأشعة).	٢٢.٧	٣٧.٣	٣٣.٦
	كفاءة وجودة الإجراءات التمريضية.	١٢.٨	٣٣.٩	٥٣.٥
	وضع برامج غذائية ملائمة للفئات الأكثر عرضة للخطر (الأطفال، المسنين، الأمهات).	٤٣.٥**	٣٢.٢	٢٣.٣
	القيام بزيارات ميدانية للأماكن الصناعية والسكنية للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية.	٦٢.٤**	١٧.٦	١٧.٦
الإجراءات المتعلقة بصحة البيئة	تحديد مواقع التلوث البيئي في منطقة الخدمة.	٥٧.١**	٢٠	٢٠.٥
	احتياطات الوقاية والسلامة التي يتبعها العاملون في المركز (استخدام القفازات ومراعاة عدم نقل العدوى بين المرضى).	١٢.٣	٢٧.٧	٥٩.٧*
	إجراءات التخلص الآمن من النفايات الطبية.	٢٠.٥	٢٢.١	٥٦.٥*
	إجراءات النظافة والتعقيم في المركز.	١٧.٩	٢٢.١	٦٠*
الإجراءات المتعلقة بالتوعية الصحية	التوعية الصحية للأفراد والأسر والمجموعات العامة.	٣٩.٦	٢٧.٥	٤٢.١
	توفير التوعية الصحية الملائمة لطبيعة واحتياجات المجتمع المحلي.	٣٤.١**	٣١.٢	٣٣.٩
الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية	التركيز على الوقاية في جميع جوانب العمل.	٢٦.١	٣٠.٧	٤٣.٤
	تطبيق العاملين لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.	١٨.٩	٣١.٧	٤٨.٥
الوسط الحسابي = ٧٦.٥٪	الوسط = ٧٦.٩٪	الانحراف المعياري = ٩.٩		

* تعني أن النسبة أعلى من (٥١٪) عند مستوى معنوية (٠.٠٥ = α).

** تعني أن النسبة أعلى من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (٠.٠٥ = α).

نموذج التنبؤ للأنشطة والإجراءات الفنية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية (الأنشطة المتعلقة بالأدوية، والأنشطة الفنية المساندة، وأنشطة صحة البيئة، والتوعية الصحية، والتزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية) على المحور الثانى (تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية)، تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد، ونتأجه مبينة فى الجدول رقم (١٠). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً فى المحور الثانى (تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية) هما: صحة البيئة والتوعية الصحية حيث يشرحان نحو (٩٣٪) من قيمة هذا المحور.

الجدول رقم (١٠)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والأنشطة والإجراءات الفنية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٢٢.٨٦٨	٠.٨١٥	٢٨.٠٧١	...
صحة البيئة	٠.٤٩	٠.٠١٥	٣٣.٢٩٧	...
التوعية الصحية	٠.٢٤١	٠.٠١٤	١٧.٨٤٤	...

ف = (٢٢٤٥.٧)، مستوى الدلالة = (٠.٠٠٠)، معامل التحديد = (٠.٩٢٤)

عليه يمكن صياغة معادلة تنبؤ قيمة الأنشطة والإجراءات الفنية بمعلومية قيمة صحة البيئة والتوعية الصحية على النحو التالى:

الأنشطة والإجراءات الفنية = (٢٢.٨٦٨ + ٠.٤٩) صحة البيئة + (٠.٢٤١) التوعية الصحية.
ونظراً لأن المتغيرات الباقية تشرح أقل من (١٠٪) من قيمة هذا المحور، فإنه تم إهمالها فى معادلة التنبؤ.

تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية:

يهدف الجزء الثالث من الاستبانة إلى التعرف على تقييم الأطباء للجوانب الطبية التى يعتبرون هم أصحاب القرار بشأنها. وكما يتضح من الجدول رقم (١١) أن هذه الجوانب حظيت بأعلى درجات التقييم حتى الآن: إذ كان المتوسط الحسابى لبنود هذا الجزء من الاستبانة (٧٨.٢٪) والانحراف المعيارى (٨.٦٪). وبالنظر إلى العبارات التى تضمنها هذا المقياس، نجد أن البند رقم (٣) "تقديم خدمات تحصين متكاملة" حظى بدرجة (ممتاز) من غالبية المشاركين فى الدراسة (٨٤.٣٪)، فى حين حصل البند رقم (٨) "تقديم الرعاية الأساسية لحالات الأمراض النفسية والعقلية" على تقييم (ضعيف جداً) من أكثر من نصف العينة بنسبة (٥٦.٥٪).

وإذا نظرنا بشكل أكثر تفصيلاً إلى مكونات هذا المقياس نجد أن صحة الأمومة والطفولة تحظى بأعلى درجات التقييم، ومن ذلك الرعاية الصحية للأم الحامل قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة؛ إذ تحظى بتقييم (ممتاز) من غالبية المستجيبين (٦٣,٧٪)، وكانت هذه الدرجة ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وكذلك حظيت رعاية الأطفال دون عمر الخامسة بدرجات عالية في التقييم، إذ أعطيت (ممتاز) من أكثر من نصف المشاركين في الدراسة وتقدير (جيد) من ثلثهم، وكانت هذه الدرجات ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥).

وفيما يتعلق بتقييم الرعاية المقدمة للمصابين بالأمراض المزمنة المختلفة، نجد أن أعلى الدرجات جاءت عن رعاية المصابين بالسكري وضغط الدم، في حين كانت أدناها عن رعاية أمراض سوء التغذية وأمراض الربو والحساسية. ومن الواضح أن الأمراض التي تم التركيز عليها في برامج رعاية الأمراض المزمنة في المراكز الصحية تحظى برضاء الأطباء خاصة أمراض السكري وضغط الدم، وكذلك أمراض الربو والحساسية بدرجة أقل نسبياً.

وتباينت درجات التقييم فيما يتعلق بالفحص الشامل للأسرة وهو يعد أحد مقومات الرعاية الصحية الأولية؛ إذ أعطى درجة (ممتاز) من (٢٥٪) و(جيد) من (٢٣,٦٪) و(ضعيف جداً) من (٣٠٪)، مما يشير إلى وجود تفاوت كبير في مستوى هذا الجانب من مركز لآخر. كذلك تباينت درجات تقييم البنود المتعلقة بالاستشارة الطبية ممثلة في الإجراءات الروتينية التي تتم داخل عيادة الطبيب ابتداءً بالقدرة على أخذ التاريخ المرضي بشكل متكامل ومن ثم إجراء فحص سريري دقيق، والقدرة على التواصل والتفاهم مع المرضى وإعطائهم تعليمات دقيقة. وفي هذا الصدد، جاءت أعلى درجات التقييم عن البند رقم (١٤) القدرة على إعطاء تعليمات دقيقة للمريض، إذ حصل على درجة (ممتاز) من (٦٤,٥٪) من أفراد العينة، وهي درجة ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (٠,٠٥). وجاءت أقل درجات التقييم عن البند رقم (١٥) القدرة على تخصيص وقت كافٍ لكل مريض، إذ يرى (٤٠٪) من أفراد العينة أن هذا الجانب (ضعيف جداً). وجاءت درجات التقييم معتدلة إلى عالية عن البنود المتعلقة بالقدرة على رصد التاريخ المرضي وإجراء الفحص السريري.

وفيما يتعلق بالاستقلالية الفنية للطبيب ممثلة في حرية الطبيب في اختيار الأدوية المناسبة وحرية في طلب الفحوصات اللازمة لحالة المريض داخل أو خارج المركز - جاءت درجات التقييم متوسطة نسبياً، إذ أعطى (٣٢,٥٪) درجة (ضعيفة جداً) لحرية وصف الأدوية، في حين كانت هذه الحرية أفضل لطلب إجراء الفحوصات الطبية.

كما تباينت درجات التقييم لرعاية الحالات الخاصة ومن ذلك الحالات الإسعافية والطوارئ، إذ أشار (٢٩٪) إلى أنها (ضعيفة جداً)، وأشار (٢٧٪) إلى أنها (جيدة)، وأشار (٤٢٪) إلى أنها (ممتازة). من ناحية أخرى فإن تقييم رعاية المسنين جاء متديناً بشكل واضح، إذ أشار نحو

نصف أفراد العينة إلى أنه (ضعيف جداً)، مما يعد مؤشراً على الحاجة إلى التركيز على صحة المسنين كما هو الحال للصحة النفسية والعقلية. أما رعاية الفم والأسنان فقد أشار نحو نصف العينة إلى أنها ممتازة، في حين أشار (١٨,٤٪) إلى أنها (ضعيفة جداً).

وأخيراً، وفيما يتعلق بالتزام الأطباء بتطبيق مفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية، أعطيت درجة (ممتاز) من أكثر من نصف المشاركين في الدراسة، ودرجة (جيد) من ثلثهم تقريباً.

الجدول رقم (١١)

تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية

المحور	العبارة	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
صحة الأمومة والأطفال	الرعاية الصحية للأم قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.	١٠	٢٤	٦٣,٧*
	رعاية الأطفال دون سن خمس سنوات.	٨,٥	٢٩,٦	٦٠,٥*
	تقديم خدمات تحصين متكاملة.	٤,٥	١٠	٨٤,٣*
الأمراض المزمنة	تقديم الرعاية الأساسية لمرضى الربو والحساسية.	١٣,٩	٣٧,٣	٤٨
	تقديم الرعاية الأساسية لمرضى السكري.	٧,٥	٢٤,٨	٦٧,٣*
	اكتشاف أمراض سوء التغذية وعلاجها.	٢٢	٣٦	٤٠,٣
	تقديم الرعاية الأساسية لمرضى ضغط الدم.	٧,٢	٢٥	٦٧,٣*
رعاية الحالات الخاصة	تقديم الرعاية الأساسية لحالات الأمراض النفسية والعقلية.	٥٦,٥**	٢٥,٣	١٣,٩
	تقديم الرعاية الأساسية للمسنين.	٤٨,٥**	٢٨,٨	١٩,٧
	رعاية الفم والأسنان.	١٨,٤	٢٨	٤٨
	إجراءات رعاية الحالات الإسعافية والطارئة.	٢٩,٣	٢٧,٢	٤٣
الفحص الشامل	إجراء الفحص الطبي الشامل لكل أفراد الأسرة.	٢٩,٩	٣٣,٦	٣٥,٢
الاستشارة الطبية	القدرة على إجراء فحص سريري دقيق.	١٧	٢٩,٣	٥٣,٥
	القدرة على أخذ التاريخ المرضي بشكل متكامل.	١٨,٤	٢٤,٨	٥٦,٣*
	القدرة على إعطاء تعليمات دقيقة للمريض.	١٤	٢٠,٨	٦٤,٥*
	القدرة على تخصيص وقت كافٍ لكل مريض.	٣٩,٥**	٢٦,٩	٣٣
	القدرة على التفاهم مع المرضى بوضوح.	١٤	٢٦,٤	٥٨,٥*
الاستقلالية المهنية	حرية الطبيب في وصف الأدوية المناسبة للمريض.	٣٢,٥	٢٦,٤	٤٠
	حرية طلب الفحوصات اللازمة لحالة المريض داخل أو خارج المركز الصحي.	٢٣,٥	٢٦,٧	٤٨,٨
الالتزام بمبادئ الرعاية الصحية الأولية	تطبيق الأطباء لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.	١٤,٤	٢٨,٨	٥٥,٥*
الوسيط الحسابي = ٧٨,٢٪		الوسيط = ٧٨,٥٪		الانحراف المعياري = ٨,٦

* تعني أن النسبة أعلى من (٥١٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥). ($\alpha = 0.05$)

** تعني أن النسبة أعلى من (٣٣٪) عند مستوى معنوية (٠,٠٥). ($\alpha = 0.05$)

نموذج التنبؤ للأنشطة والإجراءات الطبية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية للمحور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية) وهى: صحة الأمومة والأطفال، والأمراض المزمنة، والحالات الخاصة، والفحص الشامل، والاستشارة الطبية، والاستقلالية المهنية، والتزام الأطباء بمبادئ الرعاية الصحية الأولية، لدراسة أثرها فى قيمة المحور، تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد، ونتائجه مبينة فى الجدول رقم (١٢). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً على المحور الثالث هى: الأمراض المزمنة والاستشارة الطبية، إذ يشرح المتغير الأول (الأمراض المزمنة) منفرداً ما نسبته (٨٢٪) من قيمة المحور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية)، ويشرح المتغير الثانى منفرداً (١٠٪) تقريباً، ويشرحان مجتمعين ما نسبته (٩٢٪) من قيمة الأنشطة والإجراءات الطبية.

الجدول رقم (١٢)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والإجراءات الطبية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعيارى	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٥,٤٨٣	١,٢٠٩	٤,٥٣٥	...
الأمراض المزمنة	٠,٥٧٥	٠,٠٢١	٢٧,١٤١	...
الاستشارة الطبية	٠,٣٣٩	٠,٠١٨	١٩,٢٢١	...

ف = (١٨٨٤,٥٨)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٢)

وبالنظر إلى ما تقدم، يمكن صياغة معادلة التنبؤ بقيمة المحور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية) على النحو التالى:

الأنشطة والإجراءات الطبية = (٠,٥٧٥ + ٥,١٨٦) (الأمراض المزمنة) + (٠,٣٣٩) الاستشارة الطبية.

ونظراً لأن المتغيرات الباقية تشرح أقل من (١٠٪) من قيمة المحور الثالث؛ فإنه تم إهمالها فى معادلة التنبؤ.

تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية:

يتطلب تحقيق أهداف الرعاية الصحية الأولية منظومة من العمليات والإجراءات الإدارية الهادفة إلى تنظيم العمل وتحفيز العاملين وتعزيز التنسيق والتكامل مع الأجهزة المعنية بالصحة العامة. ويبين الجدول رقم (١٣) استجابات أفراد العينة على العبارات المتعلقة بالجوانب الإدارية. وكما يتضح من هذا الجدول، فإن المتوسط الحسابي لاستجابات الأطباء على جميع بنود هذا الجزء من الاستبانة المتضمن تسعة عشر بنداً يشير إلى أن تقييم الجوانب الإدارية يقل عن تقييم الجوانب الفنية والطبية نسبياً؛ إذ بلغ (٧٢٪).

وتتضمن الإجراءات والأنشطة الإدارية الإجراءات المتعلقة بالإحالة إلى المستشفيات، وإجراءات التنسيق مع المؤسسات المعنية بصحة البيئة، وإجراءات التعامل مع الأمراض المعدية، والتخطيط الصحي، وأساليب تقويم الأداء، والمشاركة والتمكين. وقد جاءت أعلى درجة عن البند رقم (٨) المتعلق بإجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية، إذ تم إعطاؤها درجة (ممتاز) من غالبية المشاركين في الدراسة بنسبة بلغت (٦٠٪). أما أقل درجات التقييم فكانت عن البند رقم (٣) "المعلومات الراجعة من المستشفيات عن الحالات التي تم تقويمها"، وقد أعطى درجة (ضعيف جداً) من أكثر من نصف المشاركين في الدراسة (٥٨٪).

ولو نظرنا إلى الأنشطة والإجراءات الإدارية المختلفة، نجد أن موضوع الإحالة من أبرز الجوانب التي حصلت على أقل الدرجات من وجهة نظر المشاركين في الدراسة. ويظهر ذلك واضحاً فيما يتعلق بمتابعة المركز للحالات المحولة إلى المستشفيات، والتقارير الواردة من المستشفيات حول المرضى المحولين من المراكز الصحية التي تم تقييمها بأنها (ضعيفة جداً) من أكثر من نصف أفراد العينة. في حين كانت الدرجات معتدلة فيما يتعلق بإجراءات التنسيق مع المستشفيات لإحالة المرضى إليها.

وفيما يتعلق بالتنسيق لأغراض الصحة العامة بما في ذلك صحة البيئة وسلامة الغذاء ومياه الشرب، فإن نسبة كبيرة من المستجيبين تراوح بين (٣٨-٨٠، ٥٢٪) ترى أن هذه الإجراءات (ضعيفة جداً) خاصة فيما يتعلق بالتنسيق مع المؤسسات المعنية بصحة البيئة. كذلك فإن نسبة تصل إلى ثلث أفراد العينة ترى أن إجراءات الاستقصاء الوبائي لاكتشاف الأمراض الوبائية والتعرف على مصادر العدوى (ضعيفة جداً)، في حين ترى الغالبية أن إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية (ممتازة).

وقد تباينت درجات التقييم فيما يتعلق بالتخطيط فى مجال الرعاية الصحية الأولية، وما يتضمنه ذلك من حصر للاحتياجات وجمع المعلومات وحفظها وإدارتها ووضع الأهداف والخطط والبرامج. وترى الأغلبية (٣٧٪) أن إجراءات المسح المستمر للاحتياجات السكانية (ضعيفة جداً)، كما ترى الأغلبية (٣٦٪) أن التخطيط يتم وفقاً للاحتياجات السكانية. أما إجراءات إعداد الإحصاءات السكانية وحفظ السجلات الصحية فترى الأغلبية (٤٦٪) أنها (ممتازة).

وفيما يتعلق بتقويم الأداء، تشير النتائج إلى ضعف الاهتمام برأى المستفيدين من الخدمات المقدمة؛ إذ ترى الغالبية (٤٥٪) أن إجراءات استقصاء آراء المرضى حول الخدمات المقدمة (ضعيفة جداً). من ناحية أخرى فإن نسبة كبيرة تصل إلى (٤٥٪) ترى أن إجراءات التقييم الدورى لأداء المركز (ممتازة جداً)، مما قد يكون دلالة على التركيز على هذا الأسلوب فى تقييم الأداء. وبالنظر إلى ما يترتب على تقييم الأداء من اكتشاف للأخطاء الطبية والقصور والإهمال: ترى أغلبية أفراد العينة (٥٠٪) بأنها (ممتازة جداً).

وتتضمن الإجراءات الإدارية الجهود المبذولة لتعزيز مشاركة وتمكين جميع الأطراف المعنية الرعاية الصحية، وأهمها العاملون والمستفيدون. وكما تشير النتائج، إلى أن أكثر من نصف المشاركين فى الدراسة يرون أن الاعتماد على العمل الجماعى (ممتاز جداً)، مما يؤكد الاهتمام بهذا الجانب. من جانب آخر نجد أن هناك نقصاً فى تمكين المجتمع وقياداته من المشاركة فى تحديد أولويات الرعاية الصحية وفى دور لجان أصدقاء المركز فى هذا الصدد. وقد أشارت الأغلبية (٤٧٪) إلى أن مشاركة قيادات المجتمع فى تحديد أولويات الرعاية الصحية (ضعيفة جداً)، وكذلك ترى الغالبية (٥٥,٥٪) أن دور لجان أصدقاء المركز (ضعيف جداً).

الجدول رقم (١٣)
تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية

المحور	العبارة	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
التنسيق مع المستشفيات (الإحالة)	١- إجراءات التنسيق مع المستشفيات لإحالة المرضى.	٢٩,٩	٢٨,٨	٤٠,٨
	٢- متابعة الحالات المحولة إلى المستشفيات.	٥٠,٤**	٢٢,٧	٢٦,٤
	٣- المعلومات الراجعة من المستشفيات عن الحالات التي تم تحويلها.	٥٧,٩**	٢٤,٣	١٧,٣
التنسيق لأغراض الصحة العامة	٤- التنسيق مع المؤسسات المعنية فيما يتعلق بنظافة البيئة وصحتها.	٥٢,٨**	٢٢,٧	٢٢,١
	٥- التنسيق مع المؤسسات المعنية فيما يتعلق بفحص الغذاء وسلامته.	٤٩,١**	٢٣,٥	٢٤,٨
	٦- التنسيق مع الجهات المعنية فيما يتعلق بتوفير مياه الشرب وسلامتها.	٣٨,٤**	٢٢,١	٣٦,٣
التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة	٧- إجراء الاستقصاء الوبائي لاكتشاف الأمراض الوبائية والتعرف على مصادر العدوى.	٣٣,٣	٢٠,٨	٤٣,٢
	٨- إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية.	١٦,٨	٢١,٣	٦٠*
المعلومات والتخطيط	٩- المسح المستمر للاحتياجات الصحية لمجتمع الخدمة.	٣٧,٣**	٢١,٥	٢٨,٨
	١٠- تخطيط البرامج الصحية وفقاً لاحتياجات المجتمع المحلي.	٣٣,٩	٢٨,٨	٣٥,٧
	١١- إجراءات إعداد الإحصائيات الصحية والسكانية.	٢١,٩	٣٠,١	٤٥,٩
	١٢- إجراءات حفظ واسترجاع سجلات المرضى.	٢١,٦	٢١,٩	٤٦,٩
أساليب تقويم الأداء	١٣- استقصاء آراء المرضى حول الرعاية المقدمة.	٤٥**	٣٢	٢١
	١٤- القيام بتقييم دورى لأداء المركز.	٢٠,٨	٣٢,٥	٤٤,٣
	١٥- التعامل مع الأخطاء الطبية والإهمال والتقصير.	١٦,٣	٣٠,٧	٥٠
	١٦- إجراءات تحسين الجودة.	٢٣,٢	٣٢,٥	٤٠,٥
المشاركة والتمكين	١٧- الاعتماد على العمل الجماعي.	١٩,٥	٢٨,٥	٥٠,٧
	١٨- مشاركة قيادات المجتمع في تحديد أولويات الرعاية الصحية.	٤٧,٢**	٢٦,٧	٢٢,٤
	١٩- دور لجنة أصدقاء الصحة في تعزيز مشاركة المجتمع.	٥٥,٥**	٢٤,٣	١٦,٨
الوسيط الحسابي = ٧٢,٢%		الوسيط = ٧٢,٨%		الانحراف المعياري = ١٢,٤

* تعنى أن النسبة أعلى من (٥١%) عند مستوى معنوية (٠,٠٥) (α).

** تعنى أن النسبة أعلى من (٢٣%) عند مستوى معنوية (٠,٠٥) (α).

نموذج التنبؤ للإجراءات والأنشطة الإدارية:

لدراسة أثر العناصر الفرعية (التنسيق مع المستشفيات (الإحالة)، والتنسيق لأغراض الصحة العامة، والتنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة، والتخطيط والمعلومات، وأساليب تقويم الأداء، والمشاركة والتمكين) على المحور الرابع (الأنشطة والإجراءات الإدارية) لدراسة أثرها؛ تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد ونتائج مبينة في الجدول رقم (١٤). يتضح من هذا الجدول أن أكثر المتغيرات تأثيراً في المحور الرابع هما: المعلومات والتخطيط، والتنسيق مع المستشفيات لأغراض الإحالة، إذ يشرح المتغير الأول (المعلومات والتخطيط) منفرداً (٨٢٪) تقريباً من قيمة معادلة قيمة المحور الرابع (تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية)، ويشرح المتغير الثاني منفرداً نحو (١٠٪)، ويشرحان معاً (٩٢٪) من قيمة الأنشطة والإجراءات الإدارية.

الجدول رقم (١٤)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية والإجراءات الإدارية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٧,٢١٠	١,٠٤٣	٦,٩١٤	...
التخطيط والمعلومات	٠,٦١٤	٠,٠١٧	٣٥,٨٦	...
التنسيق مع المستشفيات لأغراض الإحالة	٠,٢٨٦	٠,٠١٤	٢٠,٩٤٨	...

ف = (٢٠٨٦,٢)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٢)

ومن ثم يمكن صياغة معادلة تنبؤ قيمة المحور الثالث (تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية) على النحو التالي:

الأنشطة والإجراءات الإدارية = (٧,٢١٠ + ٠,٦١٤) المعلومات والتخطيط + (٠,٢٨٦) التنسيق مع المستشفيات لأغراض الإحالة.

ونظراً لأن المتغيرات الباقية تشرح أقل من (١٠٪) من قيمة المحور الرابع؛ فلم يتم إدراجها في معادلة التنبؤ.

تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية:

يقيس الجزء السادس من الاستبانة تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر الأطباء. وتظهر نتائج التحليل الإحصائي لهذا الجزء على الجدول رقم (١٥)، وهو يتضمن النسب المئوية لدرجات تقييم بنود هذا المقياس محتوياً على عشرين بنداً، والإحصائيات الوصفية الإجمالية.

كما يتضح من هذا الجدول، أن المتوسط الحسابي لمجمل البنود التي تضمنها هذا الجزء هو (٧٥٪)، أي أن الأطباء المشاركين في الدراسة يرون أن خدمات الرعاية الصحية الأولية عموماً تقدم مردوداً متوسطاً. وبالنظر إلى البنود التي تضمنها هذا الجزء نجد أن أعلى الدرجات للبند رقم (٦) الذي ينص على "خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة وحتى مرحلة المراهقة"، وقد أعطى درجة (ممتاز) من (٦٠٪) من أفراد العينة. تلا ذلك البند رقم (٤) الذي ينص على "تحسين صحة المرأة قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة"، وقد أعطى درجة (ممتاز) من قبل درجة (٥٨٪) من أفراد العينة.

أما أقل الدرجات فكانت للبند رقم (١٧) "تحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بصحة المجتمع" وأعطى تقييم (ضعيف جداً) من نحو (٤٢٪) من أفراد العينة. تلا ذلك البند رقم (١٥) "تحقيق مشاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة"، وأعطى تقييم (ضعيف جداً) من (٤١٪) من أفراد العينة.

تم تصنيف بنود هذا المقياس إلى خمس فئات تمثل كل منها أحد مخرجات الرعاية الصحية الأولية وهي: الصحة العامة، والوقاية، والوعي والسلوك الصحي، وإدارة واستخدام الموارد الصحية، ورضاء المجتمع. لو نظرنا في البداية إلى العنصر الأول وهو الصحة العامة نجد أن معظم البنود المدرجة ضمن هذا العنصر حصلت على تقييم (ممتاز) من نسبة كبيرة من المشاركين في الدراسة تراوح بين (٤١-٥٨٪). وهذا يشير إلى وجود مردود عالٍ للرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بتحسين المستوى الصحي العام للمجتمع، وتحسين الصحة الإنجابية. من ناحية أخرى نجد تبايناً فيما يتعلق بدور الرعاية الصحية الأولية في تحسين المستوى الصحي للمسنين، إذ إن الغالبية (٢٥٪) من أفراد العينة يرون أن هذا الجانب (ضعيف جداً).

وفيما يتعلق بدور الرعاية الصحية الأولية في تعزيز الوقاية نجد أن تقييم الأطباء جاء عالياً للعديد من البنود المرتبطة بالوقاية من المرض والإعاقة والوفاة. وكما أشرنا

سابقاً، فإن أعلى درجات التقييم كانت للبند رقم (٦) خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة وحتى مرحلة المراهقة. تلا ذلك البند رقم (٧) المتعلق بالحد من انتشار الأمراض المعدية وحصل على درجة (ممتاز) من نحو (٥١٪)، يليه البند رقم (٨) "خفض الوفيات"، ثم البند رقم (٩) "خفض معدل الإصابة بالأمراض"، ثم البند رقم (٥) "الاكتشاف المبكر للأمراض".

وبالنظر إلى مردود الرعاية الصحية الأولية في تنمية الوعي الصحي عند أفراد المجتمع وتغيير الاتجاهات والسلوكيات الخاطئة وتعزيز السلوكيات الصحيحة وتنمية الاعتماد الذاتي عند أفراد المجتمع في الأمور الصحية، نجد تبايناً في درجات التقييم. ويرى غالبية أفراد العينة (٤٣٪) أن مردود الرعاية الصحية الأولية (ممتاز) فيما يتعلق بالبند رقم (١٢) "رفع مستوى الوعي الصحي"، في حين أنهم انقسموا حول البندين رقم (١١) "تغيير الاتجاهات والممارسات الصحية الخاطئة في المجتمع"، ورقم (١٤) "تعزيز الأنماط السلوكية الصحيحة"، إذ تعادل من يرون أن هذا الجانب (ضعيف جداً) مع من يرون أنه (ممتاز). وترى غالبية أفراد العينة (٣٧-٤١٪) أن مردود الرعاية الصحية الأولية (ضعيف جداً) فيما يتعلق بالبندين رقم (١٣) "تنمية قدرة أفراد المجتمع على الاعتماد على النفس"، ورقم (١٥) "تحقيق مشاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة".

وإذ تعتبر إدارة الخدمات الصحية، وترشيد استخدام مواردها، والقدرة على إدارتها بكفاءة بالتنسيق مع القطاعات الأخرى من ركائز جودة الرعاية الصحية، فقد تم إدراج ذلك ضمن بنود هذا المقياس. وكما تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (١٤)، فإن نسبة عالية من المشاركين في الدراسة (٤٢٪) ترى أن الاستخدام الأمثل للموارد الصحية (ممتاز). وفي الوقت نفسه يرى أكثر من ثلث العينة أن الرعاية الصحية الأولية لم تتمكن من تخفيض تكاليف الخدمات الصحية. كما ترى الغالبية (٤١، ٦٪) أن الجهود الداعية لتحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بصحة المجتمع (ضعيفة جداً). وانقسم أفراد العينة فيما يتعلق بقدرة الرعاية الصحية الأولية على إيجاد قواعد للمعلومات والإحصاءات السكانية لمساندة أعمال التخطيط الصحي فيها.

وأخيراً وفيما يتعلق بتحقيق رضا المستفيدين، فإن غالبية الأطباء (٤٢٪) يرون أن الرعاية الصحية الأولية تمكنت من تعزيز رضا المجتمع عن الخدمات الصحية.

الجدول رقم (١٥)
تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية

المحور	العبارة	ضعيف جداً	جيد	ممتاز
الصحة العامة	١- رفع المستوى الصحي للمجتمع.	٢١,٢	٢٦,٤	٤٠,٢
	٢- تحسين صحة البيئة.	٢٨,٥	٢٧,٢	٤٢
	٣- تحسين المستوى الصحي للمسنين.	٣٤,٧**	٣٣,٦	٣٠
	٤- تحسين صحة المرأة قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.	١١,٢	٣٠	٥٧,٩*
	٥- الاكتشاف المبكر للأمراض.	٢٠,٣	٣٢,٣	٤٦,٤
الوقاية	٦- خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة حتى مرحلة المراهقة.	١٣,٣	٢٣,٢	٦٠,٣*
	٧- الحد من انتشار الأمراض المعدية.	١٧,٦	٣٠	٥٠,٧
	٨- خفض معدل الوفيات.	١٨,٩	٢٦	٥٠
	٩- خفض معدل الإصابة بالأمراض.	٢١,٩	٢٦,٤	٤٧,٢
	١٠- خفض معدل الإعاقة.	٢٤,٣	٢٧,٢	٤٣,٧
التوعية والسلوك الصحي	١١- تغيير الاتجاهات والممارسات الصحية الخاطئة في المجتمع.	٣١,٢	٣٥,٥	٣٠,٩
	١٢- رفع مستوى الوعي الصحي.	٢٧,٥	٢٨,٥	٤٢,٧
	١٣- تنمية قدرة أفراد المجتمع على الاعتماد على النفس.	٣٦,٨**	٣٤,٩	٢٥,٦
	١٤- تعزيز الأنماط السلوكية الصحيحة.	٣١,٥	٣٣	٣٢,٨
	١٥- تحقيق مشاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة.	٤١**	٢٩,٣	٢٦
الإدارة واستخدام الموارد الصحية	١٦- إيجاد قاعدة للمعلومات السكانية والصحية للمجتمع.	٣٣,٦	٢٨,٨	٣٠,٩
	١٧- تحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بصحة المجتمع.	٤١,٦**	٢٩,٣	٢٤,٣
	١٨- تخفيض مجهودات وتكاليف الرعاية الصحية.	٣٥,٢**	٢٧,٥	٣٢
	١٩- الاستخدام الأمثل للموارد الصحية.	٢٧,٥	٢٧,٥	٤٢
	٢٠- تعزيز رضا المجتمع عن الخدمات الصحية.	٢٢,٩	٣١,٢	٤١,٩
الوسط الحسابي = ٧٥,٦% الوسيط = ٧٧,٠% الانحراف المعياري = ١٠,٧				

* تعني أن النسبة أعلى من (٥١%) عند مستوى معنوية ($\alpha = ٠,٠٥$).

** تعني أن النسبة أعلى من (٣٣%) عند مستوى معنوية ($\alpha = ٠,٠٥$).

ثالثاً - محددات مردود الرعاية الصحية الأولية:

للتعرف على محددات مردود الرعاية الصحية الأولية ومدى ارتباطه بالعناصر: البنية التحتية والإجراءات الفنية والطبية والإدارية، تم استخدام تحليل الارتباط الجزئي (Partial Correlation) وذلك على افتراض أن المحاور الأربعة الأساسية للعمليات تعمل مجتمعة وتؤثر بعضها في بعض. تظهر نتائج تحليل الارتباط على الجدول رقم (١٦)، وتشير إلى وجود علاقة جوهرية بين الإجراءات الفنية والطبية والإدارية ومردود الرعاية الأولية، وعليه فإنه من المتوقع أن تلعب الإجراءات الفنية والطبية والإدارية دوراً مهماً في تكوين معادلة التوقع (Linear Regression) الخاصة بمردود الرعاية الصحية الأولية.

الجدول رقم (١٦)

معامل الارتباط بين المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية

المردود	البنية التحتية	الإجراءات الفنية	الإجراءات الطبية	الإجراءات الإدارية
٠,٠٦	٠,١٩٦*	٠,٢٦١*	٠,٤٣٢*	

* تعنى أن العلاقة جوهرية عند مستوى معنوية ($\alpha = ٠,٠٥$).

باستخدام تحليل الانحدار المتعدد لاختبار العلاقة بين مردود الرعاية الأولية وكل من الإجراءات الفنية والإدارية والطبية، أظهر التحليل الإحصائي عدة نتائج مبينة في الجدول رقم (١٧). كما يتضح من هذا الجدول قيمة (R^2) تساوى (٠,٨٨)، أى أن الإجراءات الفنية والطبية والإدارية تسهم مجتمعة في تفسير ما نسبته (٨٨٪) من مردود الرعاية الصحية الأولية، ومن ثم فإن البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية لا تملك تأثيراً ذي دلالة إحصائية في نتائج الرعاية.

الجدول رقم (١٧)

تحليل الانحدار للعلاقة بين المدخلات والعمليات ومردود الرعاية الصحية الأولية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت	٢,٥٦٥	٢,٤٩٣	١,٠٢٩	٠,٣٠٤
الأنشطة والإجراءات الإدارية	٠,٣٥١	٠,٠٣٨	٩,١٤١	٠,٠٠٠
الأنشطة والإجراءات الطبية	٠,٣٤١	٠,٠٦٤	٥,٣٥٥	٠,٠٠٠
الأنشطة والإجراءات الفنية	٠,٢٧٥	٠,٠٥٧	٤,٨٥٥	٠,٠٠٠

ف = (٤,٢١)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٨٨)

من خلال نتائج تحليل الانحدار يمكن استخلاص الصيغة النهائية لمعادلة التوقع لقيم مردود الرعاية الصحية الأولية بمعلومية محاور الإجراءات الفنية والطبية والإدارية، وذلك على النحو التالي:

$$\text{المردود} = (٢,٥٦٥ + ٠,٣٥١) \text{ الإجراءات الإدارية} + (٠,٣٤١) \text{ الإجراءات الطبية} + (٠,٢٧٥) \text{ الإجراءات الفنية.}$$

أثر العناصر الفرعية في مردود الرعاية الصحية الأولية:

إن إجمالى العناصر الفرعية للمحاور الأربعة عشرون عنصراً هي: التجهيزات المادية، والقوى العاملة، والأنشطة المتعلقة بالأدوية، والأنشطة الفنية المساندة، وصحة البيئة، والتوعية الصحية، والتزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية، وصحة الأمومة والأطفال، والأمراض المزمنة، ورعاية الحالات الخاصة، والفحص الشامل، والاستشارة الطبية، والاستقلالية المهنية، والتزام الأطباء بمبادئ الرعاية الصحية الأولية، والتنسيق مع المستشفيات (الإحالة)، والتنسيق لأغراض الصحة العامة، والتنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة، والتخطيط والمعلومات، وأساليب تقويم الأداء، والمشاركة والتمكين. ولدراسة أثر هذه العناصر الفرعية مجتمعة في مردود الرعاية الصحية الأولية - تم إجراء تحليل الانحدار المتعدد ونتأجه مبينة في الجدول رقم (١٨). يتضح من البيانات الواردة في هذا الجدول أن تسعة عناصر فرعية فقط تؤثر في مردود الرعاية الصحية الأولية، هي:

- ١- أساليب تقويم الأداء.
- ٢- صحة الأمومة والأطفال.
- ٣- التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة.
- ٤- المشاركة والتمكين.
- ٥- التزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية.
- ٦- رعاية الحالات الخاصة.
- ٧- الاستشارة الطبية.
- ٨- التنسيق لأغراض الصحة العامة.
- ٩- الأمراض المزمنة.

وتشرح هذه العناصر التسعة مجتمعة نحو (٨٠٪) من مردود الرعاية الصحية الأولية حسبما هو موضح في الجدول رقم (١٨).

الجدول رقم (١٨)

تحليل الانحدار للعلاقة بين العناصر الفرعية ومردود الرعاية الأولية

المتغير	معامل الانحدار (B)	الخطأ المعياري	ت (T)	مستوى الدلالة
الثابت.	٠,٩٦٧	٢,٦٣٩	٠,٣٦٦	٠,٧١٤
أساليب تقويم الأداء.	٠,٠٩٠-	٠,٠٢٨	٢,٤١٩	٠,٠١٦
صحة الأمومة والأطفال.	٠,٢٥٨	٠,٠٤٨	٥,٤٢٨	٠,٠٠٠
التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة.	٠,١٥٠	٠,٠٢٤	٤,٣٧٨	٠,٠٠٠
المشاركة والتمكين.	٠,١٤٢	٠,٠٢٩	٤,٩٨٤	٠,٠٠٠
التزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية.	٠,١٣٣	٠,٠٢٧	٣,٦٣٥	٠,٠٠٠
رعاية الحالات الخاصة.	٠,١١١	٠,٠٢٥	٤,٣٣٩	٠,٠٠٠
الاستشارة الطبية.	٠,١٤٤	٠,٠٢٤	٤,٢٧٨	٠,٠٠٠
التنسيق لأغراض الصحة العامة.	٠,٠٠٥٦	٠,٠٢٦	٢,١٨٠	٠,٠٠٣
الأمراض المزمنة.	٠,١١٣-	٠,٠٥٢	٢,١٥٦-	٠,٠٣٢

ف = (١٧٠)، مستوى الدلالة = (٠,٠٠٠)، معامل التحديد = (٠,٩٠)

وبالنظر إلى ما سبق يمكن صياغة معادلة التنبؤ بمستوى مردود الرعاية الصحية بمعلومية قيم المتغيرات التسعة السابقة الذكر، وذلك كما يلي: مردود الرعاية الصحية الأولية = (٠,٩٦٧ - ٠,٠٩) تقويم الأداء + (٠,٢٥٨) صحة الأمومة والأطفال + (٠,١٥٠) التنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة + (٠,١٤٢) المشاركة والتمكين + (٠,١٣٣) التزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية + (٠,١١١) رعاية الحالات الخاصة + (٠,١٤٤) الاستشارة الطبية + (٠,٠٠٥) التنسيق لأغراض الصحة العامة - (٠,١١٣) الأمراض المزمنة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

سعت هذه الدراسة إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية باستقصاء آراء أطباء الرعاية الأولية حول المدخلات المختلفة، والعمليات، والمخرجات في هذا القطاع. وقد تم تحديد مؤشرات الرعاية الصحية الأولية وفقاً لثلاثية دونابيديان (المدخلات، والعمليات، والمخرجات)، وبالإسترشاد بالدراسات السابقة، وبما يتفق مع خصائص خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة.

شملت عينة الدراسة (٣٧٧) طبيباً من أطباء المراكز الصحية في خمس مناطق إدارية هي (منطقة الرياض، ومنطقة عسير، ومنطقة تبوك، ومنطقة الجوف، والمنطقة الشرقية). وقد تنوعت الخلفيات المهنية والثقافية لأفراد العينة بما يتقارب إلى حد كبير مع التكوين الثقافي والمهني لمجتمع الدراسة، إذ إن أغلب أفراد العينة من الذكور، ومن غير السعوديين، من الجنسيات العربية والآسيوية. ومن الناحية المهنية تشير نتائج الدراسة إلى أن معظم أفراد العينة من الممارسين العاملين غير المتخصصين في أي من فروع الطب، وأن نسبة ضئيلة جداً منهم تخصصت في المجالات الطبية المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية. كما أن غالبيتهم لا يحملون أي مؤهلات عليا بعد حصولهم على درجة البكالوريوس في الطب والجراحة، وإن كانت نسبة منهم تلقت بعض الدورات التدريبية في مجال الرعاية الصحية الأولية.

ولهذه النتائج دلالات مهمة حول اعتماد هذا القطاع على الأطباء الوافدين وغير المتخصصين في مجالات مرتبطة بالرعاية الصحية الأولية، مثل: طب الصحة العامة وطب الأسرة والمجتمع. كما تشير النتائج إلى تدني تأهيل الأطباء ممثلاً في الدرجات العليا والتدريب المستمر، على الرغم من أن معظمهم قضى في مجال العمل أكثر من خمس سنوات. يتفق هذا مع نتائج الدراسات السابقة التي تشير إلى أن غالبية الأطباء في المراكز الصحية (٨٣، ٢٪) لا يحملون مؤهلات عليا حتى في مجال طب الأسرة والمجتمع (Kalantan, K. et al. 1999, Al- Jarallah, J. et al.1998, Shammari, et al. 1994).

بالنظر إلى هذه النتائج نستخلص بعض التحديات التي تواجه هذا القطاع، وقد يكون أهمها الاعتماد الكبير على الأطباء الوافدين من ناحية، ومن ناحية أخرى

ضعف التأهيل ونقص فرص التدريب والتعليم المستمر، مما قد ينعكس على جودة الرعاية المقدمة (Mansour and Al-Osaimi, 1996). من ناحية أخرى، نلاحظ تدنى الرواتب الشهرية للعاملين في هذا المجال، إذ إن الغالبية تتلقى راتباً شهرياً لا يزيد على (٦٠٠٠) ريال، وهذا يدل على تدنى الحوافز المادية والأجور، مما قد ينعكس على الرضاء الوظيفي والروح المعنوية والدافعية لدى العاملين في هذا القطاع الحيوي (Al-Shammari et al 1995). وتلعب هذه التحديات دوراً بارزاً في تقليص دور الرعاية الأولية باعتباره محوراً للنظام الصحي السعودي والحد من القدرة على تحقيق أهدافها. عليه فإن أي محاولة للارتقاء بأداء هذا القطاع لا بد أن تتضمن استقطاب المزيد من الكوادر الوطنية للعمل فيه، ووضع الحوافز الملائمة للعاملين من الجنسيات المختلفة، بالإضافة إلى تبني إستراتيجيات هادفة للتدريب والتعليم المستمر، ووسائل مختلفة لضمان اطلاع الأطباء والفنيين على المستجدات العلمية والطبية.

تقييم البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية (المدخلات):

سعت الدراسة إلى التعرف على تقييم الأطباء للبنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية. أظهرت النتائج أن مراكز الرعاية الصحية الأولية تعاني نقصاً كبيراً في التجهيزات المادية. كما أن هناك تبايناً في مستوى توافر التجهيزات في مراكز الرعاية الصحية، فنجد أن بعض التجهيزات متوافرة جيداً ومن ذلك مستلزمات حفظ الأدوية والمواد واللقاحات، في حين أننا نجد نقصاً كبيراً في تجهيزات المختبرات، والأشعة، ومستلزمات أنشطة صحة البيئة، والتوعية الصحية، والحاسب الآلي، وغرف انتظار المرضى، ووسائل مواصلات للفريق الصحي. وقد يرتبط هذا النقص بشح الموارد المتوافرة، أو سوء التخطيط لتوفير احتياجات المراكز الصحية وخلل آليات التوريد، كما أن عدم توافر المباني الملائمة لأغراض الرعاية الأولية، ووجود العديد من المراكز الصحية في مبانٍ مستأجرة يعد من أسباب عدم توافر التجهيزات المناسبة للمختبرات وغرف الفحص ومناطق انتظار المرضى. وتؤكد الدراسات السابقة أن الإمكانات المتاحة في المراكز الصحية لا تتناسب وحجم الطلب على خدمات الرعاية الأولية، وأن المراكز الصحية تعاني نقصاً واضحاً في الإمكانات، بما في ذلك تجهيزات المختبرات وغرف الفحص والأدوية والمواد الطبية والأدوات، إضافة إلى قصور أنظمة وخطط الصيانة (Mansour and Al-Osaimi, 1996). ويشير (Al-Khaldi et al. 2002) إلى

أن معظم المراكز الصحية يفتقر إلى وسائل الاتصال والمواصلات اللازمة؛ للقيام بمهام صحة البيئة وغيرها من النشاطات الميدانية والتواصل الفعال مع مؤسسات المجتمع المختلفة، ويؤكد أن نقص المرافق والإمكانيات الصحية يعد من أهم الصعوبات التي تعترض نشاطات الرعاية الأولية، وتعرق تنفيذ البرامج والخطط الموضوعة.

وفيما يتعلق بالكوادر البشرية، نلاحظ من النتائج تدنى تقييم الأطباء لفرص التدريب والتعليم المستمر المتاحة لهم، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي تشير إلى وجود اتجاهات إيجابية بين أطباء المراكز الصحية نحو المشاركة في برامج التعليم المستمر، إلا أنهم يواجهون صعوبة في الالتحاق بها؛ نظراً لضيق الوقت وكثرة الأعباء (Kalantan, K., et al. 1994, Jarallah, J. et al. 1998, Al-Shammari, et al. 1999). هذا إضافة إلى أن ضغوط العمل وكثرة أعداد المرضى والمراجعين قد تحد من فرص مشاركة الأطباء في الفعاليات المهنية، وهذا ما يؤكد (Al-Shammari, et al. 1994) أن (٥٧%) من الأطباء لم يحصل على إجازة لأغراض التدريب، وأن نصفهم فقط يتمكن من الاطلاع على المجالات الطبية المحلية.

ويؤدي نقص المشاركة في نشاطات التعليم المستمر والفعاليات المهنية إلى عزلة مهنية قد تمثل إحدى خصائص العمل في المراكز الصحية، ويترتب على ذلك عدم توافر المناخ المهني الذي يعزز تواصل العاملين في هذا القطاع بعضهم مع بعض ومع غيرهم وتبادل الخبرات والاطلاع على المستجدات العلمية والتقنية والعمل المهني المشترك مما يبعث شيئاً من الحيوية والتجديد الهادف للتطوير (Ali et al. 1995, Ansary and Khoja, 2002).

وتزداد أهمية التدريب مع زيادة معدلات الدوران الوظيفي وتنوع جنسيات العاملين في المراكز الصحية، ومن ثم تباين خبراتهم وخلفياتهم العلمية والمهنية؛ مما ينعكس على أساليب الممارسة. لذلك فإن التدريب يعد من الأهمية بمكان لتوحيد أساليب الممارسة والارتقاء بالأداء. من جانب آخر، فإن العمل في مجال الرعاية الصحية الأولية يختلف عن القطاعات الأخرى كالمستشفيات وغيرها من المرافق الصحية؛ لذلك فإن تأهيل الكوادر البشرية وتدريبها على مبادئ الرعاية الأولية وصحة الأسرة والمجتمع - يعد من أساسيات النجاح.

تقييم الأنشطة والإجراءات الصحية:

جاء تقييم الأطباء للأنشطة والإجراءات الفنية متوسطاً، مع تفاوت الدرجات المخصصة لكل عنصر من العناصر الفرعية لهذا المحور، فنلاحظ أن تقييم الأطباء جاء عالياً لمعظم الإجراءات المتعلقة بالأدوية مثل حفظ الأدوية، وتداولها، ودقة التعليمات المعطاة بشأنها. ويعد توفير الأدوية الأساسية من عناصر الرعاية الصحية الأولية في المملكة، ولذلك تم وضع قائمة بالأدوية الأساسية التي ينبغي أن تتوفر في المراكز الصحية، وتحدث هذه القائمة دورياً وفقاً للمستجدات العلمية من قبل لجان علمية متخصصة.

وتعد مجانية الدواء من أهم مقومات رضا المستفيدين واستمرارية تعاملهم مع المراكز الصحية، إلا أن مجانية الدواء لا تنفي الحاجة إلى تقنين صرف الأدوية وفقاً لمعايير علمية وضوابط محددة: إذ تشير الدلائل إلى وجود ممارسات طبية خاطئة فيما يتعلق بالأدوية، ومنها المبالغة في وصف الأدوية، وبخاصة المضادات الحيوية بغض النظر عن تكلفتها وآثارها الضارة على الفرد والمجتمع (AlFaris et al., 1999).

من جانب آخر، نلاحظ تدنى تقييم الأطباء لأنشطة صحة البيئة، وخاصة الزيارات الميدانية للأماكن الصناعية والسكنية: للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية. وتشير نتائج الدراسات السابقة إلى أن نظام إصحاح البيئة يتعرّض لضعف التنسيق بين المراكز والبلديات، وعدم وجود صلاحيات لدى المراكز الصحية مقابل مسؤولياتها عن مراقبة البيئة (Khattab et al., 1999; Al-Khaldi et al 2002).

كما يتدنى تقييم الأطباء لتطبيق بعض عناصر الرعاية الصحية الأولية، ومن ذلك الإجراءات المتعلقة بالتغذية، وتوفير التوعية الصحية الملائمة لطبيعة المجتمع. وتشير معظم الدلائل إلى أن التركيز على الجوانب الوقائية خاصة ما يتعلق منها بالتحقيق الصحي لا يزال أقل بكثير مما ينبغي، ولا يتناسب مع المكانة التي يحتلها التحقيق الصحي في إستراتيجية الرعاية الصحية الأولية في المملكة. ويزداد الأمر سوءاً عندما يتعلق بالتحقيق الصحي تجاه الأمراض المزمنة التي تمثل التهديد الأكبر في الوقت الراهن لشريحة كبيرة من المجتمع السعودي، فقد أشارت دراسة أجراها (Al-Khaldi & Khan; 2000) إلى أن نحو ثلث المصابين بأمراض مزمنة لا يحصلون على أي نوع من التحقيق الصحي، وذلك نظراً لعدم توافر الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لأنشطة التحقيق الصحي، وضيق وقت الأطباء وكثرة أعبائهم.

تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية:

جاء تقييم الأطباء للأنشطة والإجراءات الطبية أعلى من غيرها من النشاطات بنسبة (٧٨٪). وقد حظيت خدمات التحصين وصحة الأمومة والطفولة بأعلى درجات التقييم مما يتفق مع نتائج جميع الدراسات السابقة التي تؤكد أن برامج الرعاية الصحية الأولية المبكرة التي ركزت على هذه الجوانب لاقت نجاحاً كبيراً (Al-Teheawy & Foda, 1992; Baldo & Al-Mazrou, Aziz, Farag, & Al-) (Shehri, 1994; El-Gilany & Aref, 2000). من ناحية أخرى، كان تقييم البرامج الأحدث نسبياً والموجهة للمشكلات الصحية المعاصرة وأهمها الأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم بدرجة أقل نسبياً، في حين كان تقييم رعاية المسنين والصحة النفسية ضعيفاً جداً، نتيجة لعدم وجود برامج موجهة لهذه الفئات في إطار الرعاية الصحية الأولية. وقد وجد (AlFaris et al., 1999) أن هناك قصوراً في الرعاية المقدمة لحالات الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية، وأن أسباب ذلك تعود إلى عدم توافر التدريب الكافي لدى الأطباء في هذا المجال، إضافة إلى عدم السماح بصرف الأدوية الخاصة بالأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

كما تشير النتائج إلى ضعف قدرة الأطباء على تخصيص وقت كاف لكل مريض، وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة، التي تشير إلى أن متوسط الفترة التي تستغرقها الاستشارة الطبية قصيرة بالمقارنة بالمعايير العالمية (Al-Faris et al. 1994). كما أن هذا بدوره يسبب عدم رضا المرضى عن قدرة الأطباء على الاستماع لشكواهم والتواصل معهم وإعطائهم المعلومات الكافية خلال مراجعتهم لمراكز الرعاية الأولية (Ali & Mahmoud, 1993, Abdullah et al, 1996, AbdallaA. et al. 2001).

من ناحية أخرى، تشير النتائج إلى أن تقييم الأطباء كان مرتفعاً لفعالية التواصل بين المريض والطبيب، وهذا يتناقض مع نتائج دراسات رضا المرضى التي تشير غالباً إلى ضعف القدرة على التواصل مع الأطباء، ووجود عائق اللغة بشكل كبير (Ali, El-Shabrawy & amoud, 1993; Mansour, Al-Osaimi, 1996). أشار بعض الباحثين إلى التناقض بين تقييم مقدمي الرعاية وتقييم المستفيدين لجوانب الخدمات الصحية المختلفة (Van Der, Casparie, And Lako, 1996)، وهذا يؤكد ضرورة إيجاد منظور شامل لتقييم الرعاية الصحية الأولية يأخذ في الاعتبار مرئيات جميع الأطراف المعنية بها.

تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية:

فيما يتعلق بالجوانب الإدارية نجد أن تقييمها يقل عن تقييم الجوانب الفنية والطبية نسبياً إذ بلغ (٧٢٪). ونلاحظ تدنى تقييم الأطباء للعديد من الجوانب الإدارية أبرزها: التنسيق لأغراض صحة البيئة، والتنسيق لمكافحة الأوبئة، وإحالة المرضى، ومشاركة المجتمع، والتخطيط وإدارة المعلومات.

يمثل إصاحاح البيئة عنصراً مهماً من عناصر الرعاية الصحية بالمملكة؛ إذ تناط بالمراكز الصحية مهمة مراقبة البيئة وذلك بالتنسيق مع وزارة الشئون البلدية والقروية، نظراً لانتشار هذه المراكز في جميع مدن وقرى المملكة. وتعد مكافحة الأمراض الوبائية من أولويات الرعاية الصحية الأولية في المملكة، وقد تم تحقيق نتائج واضحة منذ تأسيس هذا القطاع في مكافحة الأوبئة ومصادرها وتوفير بيئة صحية في مناطق البلاد المختلفة. وتشمل أنشطة إصاحاح البيئة: التخلص من القمامة والنفايات والصرف الصحي ومراقبة مياه الشرب والأغذية ومراقبة التجمعات السكانية. وعلى الرغم من أن أهمية التكامل والتنسيق مع القطاعات المختلفة، إلا أن نتائج الدراسة تشير إلى أن غياب الشراكة وضعف التنسيق مع البلديات المحلية لأغراض إصاحاح البيئة ومكافحة الأمراض الوبائية، يعد من أبرز جوانب الضعف الإداري في هذا القطاع. ويتعثر نظام إصاحاح البيئة لضعف التنسيق بين المراكز والبلديات، وعدم وجود صلاحيات لدى المراكز الصحية مقابل مسؤولياتها عن مراقبة البيئة (Khattab et al., 1999; Al-Khaldi et al 2002).

من أهم مقومات الرعاية الصحية الأولية إيجاد آليات محددة لإحالة المرضى من المركز الصحي إلى المستشفى؛ للحصول على استشارات طبية متخصصة، أو إجراء فحوصات تشخيصية. وقد تم تأسيس نظام الإحالة في المملكة العربية السعودية في العام ١٩٨٦م، وبدأ تطبيقه في العام ١٩٨٩م. وتشير نتائج الدراسة إلى وجود قصور في متابعة الحالات المحولة من المراكز الصحية إلى المستشفيات، وإلى آليات التواصل بين المركز والمستشفى. وتؤكد الدراسات السابقة أن تطبيق نظام الإحالة يتعثر بسبب عدم تفعيل، وقصور آليات مراقبة التنسيق والتواصل بين المركز والمستشفى (Khattab et al., 1999; Al-Khaldi et al 2002).

تعد مشاركة المجتمع في تخطيط وتنفيذ وتقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من أهم الأسس التي تركز عليها إستراتيجيات الرعاية الصحية الأولية في المملكة.

ويتم تفعيل مشاركة المجتمع من خلال لجان أصدقاء وصديقات الصحة، وهي تشكل فى كل مركز صحى من قيادات المجتمع وأصحاب الرأى والنقوذ فيه. ونظراً لأهمية مشاركة المجتمع: خصصت لها ضوابط معينة فى دليل الجودة النوعية، ويتم تقييم دورها من خلال مؤشرات محددة تضمنتها استمارات تقويم نشاطات الرعاية الصحية الأولية (وزارة الصحة، ١٩٩٣). وعلى الرغم من ذلك، إلا أن نتائج الدراسة تشير إلى قصور آليات تمكين المجتمع وقياداته من المشاركة فى تحديد أولويات الرعاية الصحية، وضعف دور لجان أصدقاء المراكز الصحية.

تعتمد الرعاية الصحية الأولية على المعلومات وهي تمثل جزءاً لا يتجزأ من عملية التخطيط والمتابعة لنشاط المراكز الصحية. على الرغم من أهمية المعلومات فى تخطيط وتقويم أنشطة الرعاية الصحية الأولية، إلا أن الواقع يشير إلى أن أنظمة المعلومات لا تزال قاصرة وبدائية جداً. كذلك هو الحال للحصر السكاني، إذ لا يتسم بالاستمرارية والدقة على الرغم من أنه يعتبر من أهم مقومات التخطيط لبرامج الرعاية الصحية الأولية. كما أن هناك العديد من أوجه القصور فى تنظيم خدمات الرعاية الصحية الأولية التى تطل بجهود التخطيط وتحد من كفاءة أنظمة المعلومات والاستفادة منها لأغراض التخطيط. ومن خلال الدراسات السابقة يتضح أن هذه المشكلة ليست حكراً على الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية، إذ يشير (Marshall, 1999) إلى وجود عدة معوقات لتحسين أنظمة الرعاية الأولية فى المملكة المتحدة منها: غياب الخطط الإستراتيجية، وتضارب أولويات القائمين على القطاع، وعدم توافر المعلومات، وتدنى جودة المعلومات الطبية، وعدم توافر السلطة اللازمة لإجراء التغيير، وعدم وضوح الأدوار والمسئوليات الخاصة بالمديرين، وعزلة قطاعات الرعاية الأولية بعضها عن بعض على الرغم من أنها تواجه تحديات مشتركة.

من ناحية أخرى، فإن التنظيم الإدارى لقطاع الرعاية الصحية الأولية قد يعد أحد أسباب ضعف فعالية التخطيط وقصور أنظمة المعلومات: نظراً للمركزية الشديدة فى هذا القطاع، وعدم تماسك البنية التنظيمية التى تتسم بتقديم الرعاية من خلال مراكز صحية أو عيادات صغيرة غير مترابطة ومتقلة بالأعباء، وتعمل فى عزلة مهنية وإدارية شبه تامة. ويشير (Baker, 1998) إلى أن هذه العزلة تسهم بدورها فى عرقلة تقديم الرعاية الصحية المناسبة، وتوجد فروقات كبيرة فى الأداء، وقد تؤدي - فى بعض الأحيان - إلى وجود أنماط غير مقبولة من الممارسة.

وفيما يتعلق بأنشطة إدارة الجودة والتحسين المستمر، تشير النتائج إلى أن المراكز الصحية لا تملك الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لإجراء القياس والتحليل لأغراض التحسين المستمر.

وإذا نظرنا إلى نموذج استمارة تقييم الرعاية الصحية الأولية (ملحق رقم ١) نلاحظ أنها طويلة جداً (٢٢ صفحة)، وأنها لا تمثل آلية فعالة لتقييم الأداء وتقويمه بما يحقق التطوير المستمر. ويشير (Proctor and Campbell, 1999) إلى أن القياس نفسه لا يعنى تحسين الجودة، بل إنه قد يؤدي إلى نتائج عكسية عند سوء استخدامه بخفض الروح المعنوية وتركيز الاهتمام على جوانب غير جوهرية. ويتطلب تطبيق أنظمة الجودة تغيير الثقافة التنظيمية، والتخلي عن الأساليب التقليدية للتقييم والرقابة، وإيجاد آليات للتعليم التنظيمي ومشاركة العاملين وتمكينهم (Campbell et al. 2002). وفي غياب آليات التعلم المستمر والحوافز وتمكين العاملين والتهيئة الثقافية لن تحقق المبادرات المتفرقة للجودة النتائج المرجوة. ويتطلب تطبيق منهجيات الجودة تهيئة ثقافية، وتغيير الثقافات السائدة وتطوير الجوانب التنظيمية، وتوفير الدعم اللازم لفرق التحسين (Campbell, Sheaf, Sibbled, Marshall, et al. 2002). ويتعثر تطبيق أنظمة الجودة: نتيجة للعوائق المتعلقة بالإمكانيات، بالإضافة إلى العديد من العوائق الهيكلية والثقافية، خاصة في غياب الآليات التطويرية الداعمة التي تعتمد على مشاركة العاملين وتمكينهم. ويعتمد نجاح تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية على توافر عدة مقومات: شعور الطبيب أو الممرض بأنهم شركاء في عملية التقييم، ووجود انطباع لديهم بأن روح الفريق تسود المنظمة، وإدراكهم الحاجة إلى خطة منظمة لرفع مستوى الجودة وتجاوز أية عقبات تعترض ذلك، ووجود اتجاهات إيجابية تجاه المراقبة المستمرة للجودة (Stevenson, Baker, Farooqi, Sorrie, and Khunti, 2001). كما وجد (Hearnshaw et al, 1998) أن فعالية واستمرارية برامج الجودة في الرعاية الصحية الأولية ترتبط بدرجة تقبل فرق العمل لها، ولذلك لا بد من تنمية المقومات اللازمة لدى فرق العمل لضمان استمرارية وفعالية مشروعات تحسين الجودة.

تقييم مردود الرعاية الصحية الأولية:

تشير النتائج إلى وجود مردود عالٍ للرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بعدد من المؤشرات منها: تحسين المستوى الصحي العام للمجتمع، وتحسين صحة الطفولة

والصحة الإنجابية، وكذلك ما يتعلق بالوقاية من المرض والإعاقة والوفاة، والحد من انتشار الأمراض المعدية، وتعزيز رضا المجتمع. من ناحية أخرى، نلاحظ تدنى أداء الرعاية الصحية الأولية فيما يتعلق بمؤشرات أخرى منها: تحسين المستوى الصحي للمسنين، وتغيير الاتجاهات والسلوكيات الخاطئة وتعزيز السلوكيات الصحيحة، وتنمية الاعتماد الذاتي لدى أفراد المجتمع في الأمور الصحية، وتحقيق مشاركة المجتمع فيما يتعلق بالصحة، وتخفيض تكاليف الخدمات الصحية، وتحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بالصحة العامة، وإيجاد قواعد للمعلومات والإحصاءات السكانية لمساندة أعمال التخطيط الصحي فيها.

محددات مردود الرعاية الصحية الأولية:

سعت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين مكونات النموذج النظري الذي اتبعته في تقييم الرعاية الصحية الأولية، بالتركيز أولاً على العناصر الرئيسة للنموذج وهي: المدخلات، والعمليات، والمخرجات، ثم فحص العلاقة بين مردود الرعاية الأولية والعناصر الفرعية للمدخلات والعمليات. وأظهرت نتائج الدراسة أن البنية التحتية والموارد المتوفرة لا تملك تأثيراً ذا دلالة في مردود الرعاية الصحية الأولية، على الرغم من تدنى تقييم الأطباء للإمكانيات المادية والبشرية المتاحة في المراكز الصحية. ومن ثم يمكن القول إنه على الرغم من قصور البنية التحتية والموارد المتاحة في المراكز الصحية من منظور الأطباء، إلا أن ذلك لا يؤثر تأثيراً جوهرياً في جودة الرعاية المقدمة، ومن ثم فإن الإجراءات والأنشطة الإدارية والفنية والطبية هي أهم محددات الجودة في هذا القطاع.

كما تشير النتائج إلى أن الإجراءات الإدارية تؤثر بشكل أكبر من الإجراءات الفنية والطبية في جودة الرعاية الصحية الأولية، وتشتمل هذه الإجراءات على: التكامل والتنسيق مع القطاعات الأخرى، والتخطيط وإدارة المعلومات، ومشاركة المجتمع وهي تعد عوامل مؤثرة في تحقيق الجودة في هذا القطاع. وهذا يتفق مع خلاصة دراسة الأدبيات التي أظهرت أن مؤشرات العمليات ذات أهمية كبرى في قياس الجودة ومن ثم يغلب استخدامها على غيرها من المؤشرات (Mante, 2001).

وبالنظر إلى العناصر الفرعية للمحاور الأربعة (البنية التحتية، الإجراءات الفنية والطبية والإدارية)، فإن نتائج الدراسة تشير إلى أن أكثر هذه العناصر الفرعية تأثيراً

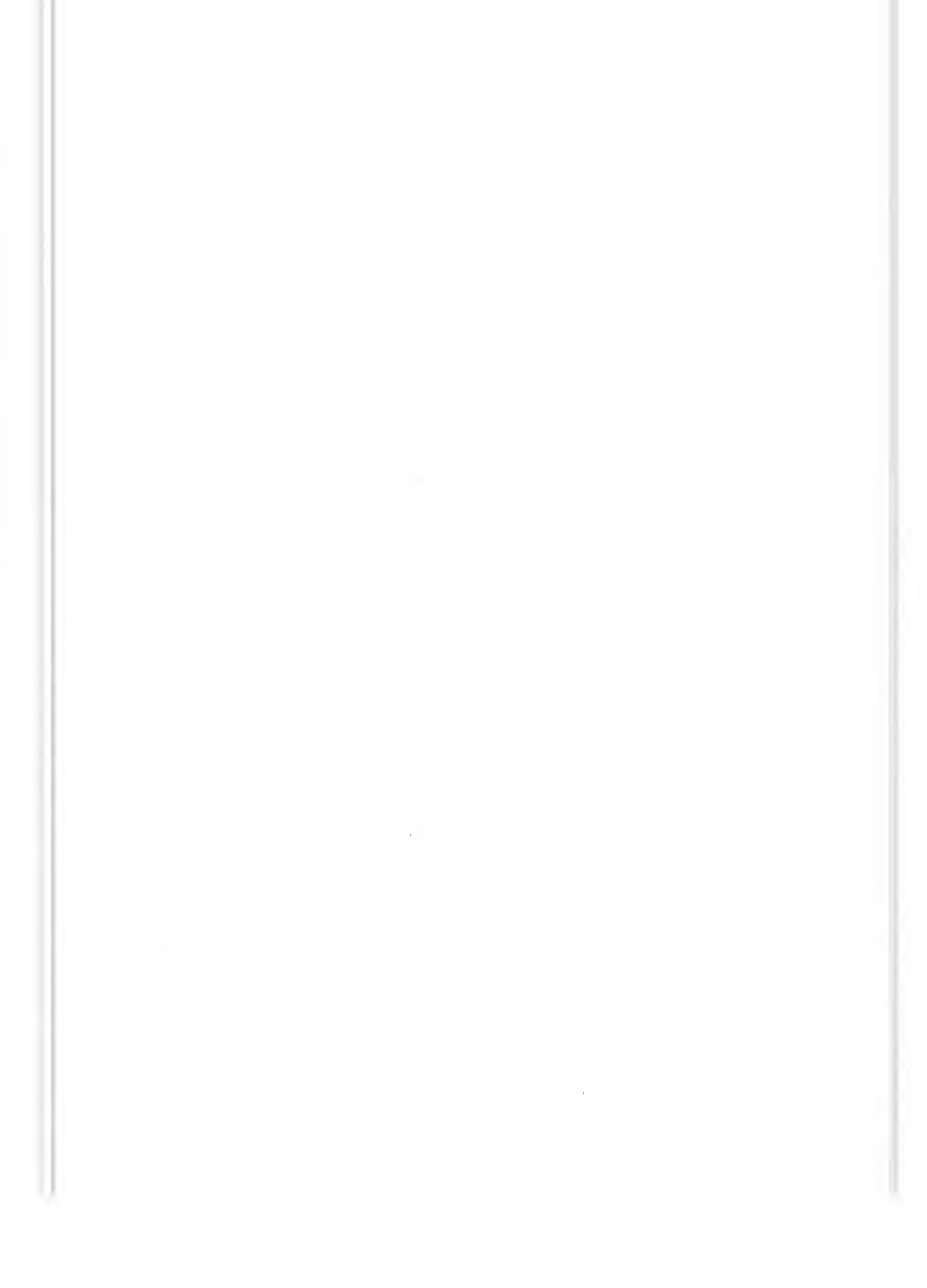
فى مردود الرعاية الصحية الأولية هو: أساليب تقويم الأداء، وإجراءات رعاية الأمومة والطفولة، والتنسيق لمكافحة الأوبئة، والمشاركة والتمكين، والتزام الفنيين بمبادئ الرعاية الأولية، ورعاية الحالات الخاصة (النفسية، المسنين، الأسنان)، والاستشارة الطبية، والتنسيق لأغراض الصحة العامة، ورعاية الأمراض المزمنة. ومن ثم فإن الاهتمام بهذه العناصر سيكون له أبرز الأثر فى الارتقاء بجودة الرعاية الصحية الأولية.

وبالنظر إلى أساليب تقويم الأداء، فإن هناك العديد من المبادرات الجادة لتطوير أداء هذا القطاع، إلا أن النتائج المحققة حتى الآن أقل من المتوقع؛ إذ لم تتمكن مبادرات الجودة من تأسيس ثقافة الجودة والتغلب فى جميع جوانب العمل، وأن تتسم بالاستمرارية، وأن تتضمن آلية واضحة للتعليم المستمر. وكما يتضح من خلال الدراسة، أن هناك نقصاً فى فرص التحاق أطباء الرعاية الأولية بالتدريب وحضورهم الندوات العلمية والمؤتمرات، كما أن هناك نقصاً فى الحوافز، وفى الإمكانات المادية فى بيئة العمل وهى من المقومات المهمة لبرامج تحسين الأداء. هذا إضافة إلى تقادم أدلة العمل وإرشادات الممارسة ومنها دليل الجودة النوعية الصادر فى عام ١٩٩٣م؛ لأن العلوم الطبية تعد علوماً متجددة ومتغيرة بطبيعتها.

وتشير نتائج الدراسة إلى أن إجراءات رعاية الأمومة والطفولة ومكافحة الأوبئة تمثل أحد محددات مردود الرعاية الصحية الأولية، وتعد أكثر برامج الرعاية الأولية نجاحاً، لذلك لابد من فحص أسباب هذا النجاح واستخلاص الدروس المناسبة لتحقيق نتائج مماثلة فى البرامج الأخرى، وأهمها رعاية الأمراض المزمنة. أما رعاية الأمراض المزمنة فهى كذلك تمثل أحد محددات مردود الرعاية الأولية، لذلك لابد من توجيه المزيد من الاهتمام إليها لا سيما أن العديد من الدراسات السابقة يؤكد قصور آليات متابعة الحالات المزمنة وضعف الالتزام بالأسس العلمية للتعامل مع هذه الحالات فيما يتعلق بالتشخيص والتتقيف الصحى والإحالة (AlSowilem and El-Zubair, 1998; Al-Mustafa, 2003; Al-Khaldi and Khan, 2001). وتعد الأمراض المزمنة من أهم المشكلات الصحية التى تواجه النظام الصحى السعودى اليوم ومن ثم تستنزف موارده وإمكاناته. ويعتمد نجاح برامج رعاية الأمراض المزمنة على توافر آليات المتابعة للمرضى فى المراكز الصحية بما يضمن التزام المرضى بالمراجعة، وإجراء الفحوصات الدورية، والتتقيف الصحى وتحفيز المرضى إلى تعديل السلوك ونمط الحياة، إضافة إلى برامج

للتعلم المستمر لمقدمى الرعاية لتطوير أدائهم. ويشير (Campbell et al. 1998) إلى ضرورة أن تشمل مؤشرات أداء قطاعات الرعاية الأولية آليات متابعة المصابين بأمراض مزمنة وسجلاتهم وتدريب الأطباء وإيجاد بروتوكولات العلاج المناسبة وتفعيل آليات المتابعة.

وتظهر أهمية الاستشارة الطبية ضمن نتائج هذه الدراسة باعتبارها أحد محددات مردود الرعاية الأولية، وبالنظر إلى دراسات رضا المرضى؛ نجد أن هذا الجانب كان من أبرز أسباب عدم الرضا، وبخاصة ما يتعلق بمهارات التواصل والاستماع لشكوى المريض وتخصيص الوقت الكافى له (Al-Faris et al., 1996; Ali and Mahmoud, 1993). وتعد الاستشارة الطبية من أبرز التحديات التى تواجه الرعاية الأولية فى جميع الدول؛ إذ يعجز الأطباء عن تخصيص الوقت الكافى للمريض وجمع المعلومات اللازمة منه، ومشاركته فى صنع القرار وتمكينه، وتقديم التثقيف اللازم له (Howie et al. 1999; Jung et al. 1998).



الفصل السادس

نتائج الدراسة وتوصياتها وآفاق البحث المستقبلية

أهم نتائج الدراسة:

- جاء تقييم الأطباء مرتفعاً لمردود الرعاية الأولية والأنشطة والإجراءات الطبية، ومتدنياً للبنية التحتية وموارد الرعاية الأولية والأنشطة والإجراءات الإدارية.
- كان تقييم الأطباء مرتفعاً للجوانب التالية:
 - الكوادر الفنية والطبية وتوافر الأدوية والمواد واللقاحات.
 - الأنشطة والإجراءات الفنية التالية: الإجراءات المتعلقة بالأدوية، احتياطات الأمن والسلامة والنظافة داخل المركز الصحي.
 - الأنشطة والإجراءات الطبية التالية: صحة الأمومة والطفولة، ورعاية الأمراض المزمنة، وبعض جوانب الاستشارة الطبية وبخاصة القدرة على التواصل مع المرضى والالتزام بمبادئ الرعاية الأولية.
 - الأنشطة والإجراءات الإدارية المتعلقة بالتبليغ عن الأمراض المعدية.
 - بعض مخرجات الرعاية الأولية، منها تحسن صحة الأمومة والطفولة.
- تدنى تقييم الأطباء للجوانب التالية:
 - بعض عناصر البنية التحتية وموارد الرعاية الأولية، منها: التجهيزات اللازمة لصحة البيئة والمختبر والأشعة والحاسب الآلي وغرف انتظار المرضى، والتمويل المتاح لأنشطة التوعية الصحية، ووسائل المواصلات المتوافرة للفريق الصحي، وتوافر التدريب في مجال الرعاية الأولية.
 - الأنشطة والإجراءات الطبية التالية: تقديم الرعاية الأساسية للمسنين والمصابين بأمراض نفسية، والقدرة على تخصيص الوقت الكافي للمريض.
 - الأنشطة والإجراءات الفنية التالية: برامج التغذية، وصحة البيئة، والتوعية الصحية.
 - معظم الأنشطة والإجراءات الإدارية، منها: الإحالة، والتنسيق لأغراض صحة البيئة، والمسح المستمر لاحتياجات السكان، واستقصاء آراء المرضى، وتحقيق مشاركة المجتمع، ودور لجان أصدقاء المركز.
 - بعض مخرجات الرعاية الأولية، منها: رعاية المسنين، وتحقيق الاعتماد الذاتي للمجتمع، ومشاركة المجتمع، والتنسيق مع مؤسسات المجتمع، وتخفيض تكاليف الرعاية الصحية.

- تؤثر الإجراءات الفنية والطبية والإدارية فى مردود الرعاية الأولية تأثيراً جوهرياً.
- لا يؤثر توافر الموارد والإمكانات تأثيراً جوهرياً فى مردود الرعاية الأولية.
- أهم محددات مردود الرعاية الأولية هي: أساليب تقويم الأداء، وأنشطة صحة الأمومة والطفولة، وصحة البيئة، والمشاركة والتمكين، ورعاية الحالات الخاصة، والاستشارة الطبية، ورعاية الأمراض المزمنة، والالتزام بمبادئ الرعاية الأولية، والتنسيق لأغراض السيطرة على انتشار الأوبئة.

التوصيات:

التوصيات المتعلقة بسياسات وبرامج الرعاية الصحية الأولية:

- ١- توفير الموارد والإمكانات اللازمة لبرامج الرعاية الصحية الأولية، وتخصيص ميزانيات محددة لها.
- ٢- توفير البنية التحتية المناسبة لمراكز الرعاية الصحية الأولية بما فى ذلك المباني والتجهيزات الأساسية وخاصة المختبرات ووسائل المواصلات.
- ٣- بناء نظم وشبكات معلومات متكاملة تربط المراكز الصحية والإدارات الإشرافية، وتدعم جهود التخطيط والمتابعة وقرارات التحسين المستمر.
- ٤- تفعيل آليات التنسيق مع البلديات المحلية لأغراض صحة البيئة، وإعطاء المراكز الصحية الصلاحيات التى تدعم هذا الدور.
- ٥- تفعيل نشاط التوعية الصحية فى المراكز الصحية، ووضع إستراتيجيات وبرامج موجهة للتوعية الصحية، ومساندة المراكز فى تطبيقها لضمان الالتزام بتقديم برامج ذات أهداف محددة وواضحة ومرتبطة بتوجهات برامج الرعاية الصحية الأولية الأخرى.
- ٦- إيجاد البرامج والآليات المناسبة لمتابعة الأمراض المزمنة، وتوفير الإمكانات والتجهيزات اللازمة لإجراء الفحوصات الدورية فى المراكز الصحية بما يحد من الحاجة إلى مراجعة المستشفيات.
- ٧- وضع البرامج المناسبة لرعاية المسنين متضمنة آليات المتابعة والتنسيق للفحوصات الدورية والرعاية المستمرة بما فى ذلك الرعاية المنزلية.
- ٨- للقضاء على مشكلات التنسيق مع المستشفيات: يمكن إيجاد مجمعات طبية للعيادات التخصصية: لتقديم الرعاية الخارجية الثانوية والخدمات التخصصية والتشخيصية للمرضى المحولين من المراكز الصحية، خاصة المسنين لتسهيل عليهم.

٩- إيجاد بدائل عملية لتحقيق مشاركة المجتمع تتلاءم مع الواقع الفعلي وقدرات المراكز الصحية، ويمكن الاستفادة من المجالس البلدية في هذا المجال كما يمكن تشكيل مجالس صحية على مستوى القطاعات، عوضاً عن الأحياء، لتقوم بدور فاعل في دعم أنشطة الرعاية الأولية.

التوصيات المتعلقة بالإدارة وتقويم الأداء:

- ١- الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية وتجارب الدول الأخرى في إعداد إطار متكامل لقياس الرعاية الصحية الأولية، بالتركيز على مؤشرات المدخلات والعمليات والمخرجات.
- ٢- تأسيس جهود تحسين الجودة من خلال إيجاد بنية تنظيمية تدعم هذه الجهود وتنظيمها، وتكفل استمراريتها وتجعلها جزءاً لا يتجزأ من جميع العمليات التنظيمية ومنهجاً يلتزم به جميع العاملين.
- ٣- الاهتمام بإرشادات الممارسة وأدلة العمل وتحديثها وفقاً للدلائل العلمية.
- ٤- وضع معايير للاستشارة الطبية، وإيجاد آليات مناسبة لتنظيم مواعيد المراجعين؛ بما يضمن توفير الوقت اللازم لإجراء استشارة طبية متكاملة.
- ٥- إيجاد آليات لقياس رضا المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية الأولية، وتوظيف النتائج لتطوير الأداء.

التوصيات المتعلقة بتنمية الكوادر البشرية:

- ١- توفير المناخ المهني وتعزيز النشاطات العلمية والفكرية الجماعية، وتشجيع انخراط جميع العاملين فيها للحد من العزلة المهنية التي يعانون منها، وتيسير اطلاعهم على المستجدات العلمية والتوجهات المهنية وتحقيق التواصل وتبادل الخبرات وبحث الحيوية والنشاط.
- ٢- وضع إستراتيجيات لتنمية القوى العاملة تتضمن برامج تدريبية متنوعة تشمل المهارات السلوكية والفنية.
- ٣- وضع البدائل المناسبة: للتغلب على عوائق التدريب وأهمها عبء العمل.
- ٤- تنمية قدرات الفئات الفنية المساندة: لتقوم بدور أكبر في خدمة المرضى ومساندة الأطباء وتخفيف العبء عنهم؛ ليمكنوا من إجراء الاستشارة الطبية بشكل متكامل ودقيق.
- ٥- تفعيل إستراتيجيات استقطاب الكوادر المواطنة للعمل في هذا القطاع.
- ٦- الاهتمام بتطوير المهارات الإكلينيكية للأطباء، وربط التدريب ببرامج الرعاية الأولية ومبادرات التحسين المستمر.

آفاق البحث المستقبلية:

- ١- إجراء البحوث والدراسات الدورية: لقياس جودة الرعاية الصحية الأولية، بالتركيز على بعض المؤشرات الإكلينيكية المهمة كالاستشارة الطبية، ووصف الأدوية، والإحالة، ورعاية ومتابعة الأمراض المزمنة.
- ٢- إجراء الدراسات الهادفة لتقييم برامج الرعاية الصحية الأولية المختلفة، وتشخيص مواطن ضعفها وقوتها واستنباط الدروس المناسبة.
- ٣- إجراء الدراسات الدورية: لقياس مردود الرعاية الصحية الأولية، باستخدام المؤشرات المناسبة.
- ٤- القيام بالدراسات التي تقيس فعالية العملية الإدارية والبيئة التنظيمية والثقافة السائدة وآليات التنسيق والتكامل في هذا القطاع.

المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- محمد أديب العسالي (١٩٩٩). "الطب المسند: التطبيقات الحديثة للمعلوماتية في تعليم الطب البشري". مجلة أبحاث الحاسوب (الأمانة العامة لاتحاد مجالس البحث العلمي العربية). المجلد الثالث، العدد الأول، ص ٥٧-٦٦.
- وزارة الصحة - اللجنة العلمية للجودة النوعية (١٩٩٣). "مؤشرات الجودة النوعية في الرعاية الصحية الأولية"، المملكة العربية السعودية.
- توفيق أحمد خوجه وفوزي شحاته محمود (٢٠٠٢). "دليل إجراءات تنظيم العمل في المراكز الصحية". وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية، الرياض، الطبعة الثانية.

1. Abdalla A. Saeed, Badreldin A. Mohammed, Abdullah H. Al-Doghaither (2001). "Satisfaction and correlates of patients' satisfaction with physicians' services in primary health care centers". **Saudi Medical Journal**; 22 (3): 262-267
2. Abdullah A, Saeed A, Magzoub A, and Reeenik E, (2005). Consumer Satisfaction with primary Health Care Services in Hail City, Saudi Arabia. **Saudi Medical Journal**, 26(6):1030-1033.
3. Al-Ansary, L. and Khoja, T. (2002) **The Place of Evidence-Based Medicine Among Primary Health Care Physicians in Riyadh Region, Saudi Arabia. Family Practice**; 19(5): 537-542.
4. Al-Faris EA, Al-Dayel, MA, Ashton C. (1994). **The Effect of Patients' Attendance Rate on Consultation in a Health Centre in Saudi Arabia. Family Practice**; 11(4):446-52.
5. Al-Faris, EA., Al-Taweel, A.(1999). **"Audit of prescribing patterns in Saudi primary health care. Annals of Saudi Medicine"**; 19(4): 317-321
6. Ali, M., Mahmoud, M. (1993). « A study of Patient Satisfaction with Primary Health Care Services in Saudi Arabia ", **Journal of Community Medicine**, 18(1):49-54.
7. Al-Khalidi, Y., Al-Sharif, A., Al-Jammal, M., Kisha, A. (2002). "Difficulties faced when conducting primary health care programs in rural areas", **Saudi Medical Journal**, 23(4):384-387.
8. Al-Khalidi, Y., Khan, M. (2000). "Audit of a Diabetic Health Education Program at a Large Primary Health Care Centre in Asir Region." **Saudi Medical Journal**; 21(9): 838-842.
9. Al-Mazrou, Y., Khoja, T., and Rao, M. (1995). **"Health Service in Saudi Arabia." Proceedings of the Royal College of Physicians Edinburgh.**; 25: 263-266.
10. Al-Mustafa, B., and Abularhi, H. (2003). "The Role of Primary Health Care Centres in Managing Hypertension: How Far are They Involved?" **Saudi Medical Journal**; 24(5): 460-465.

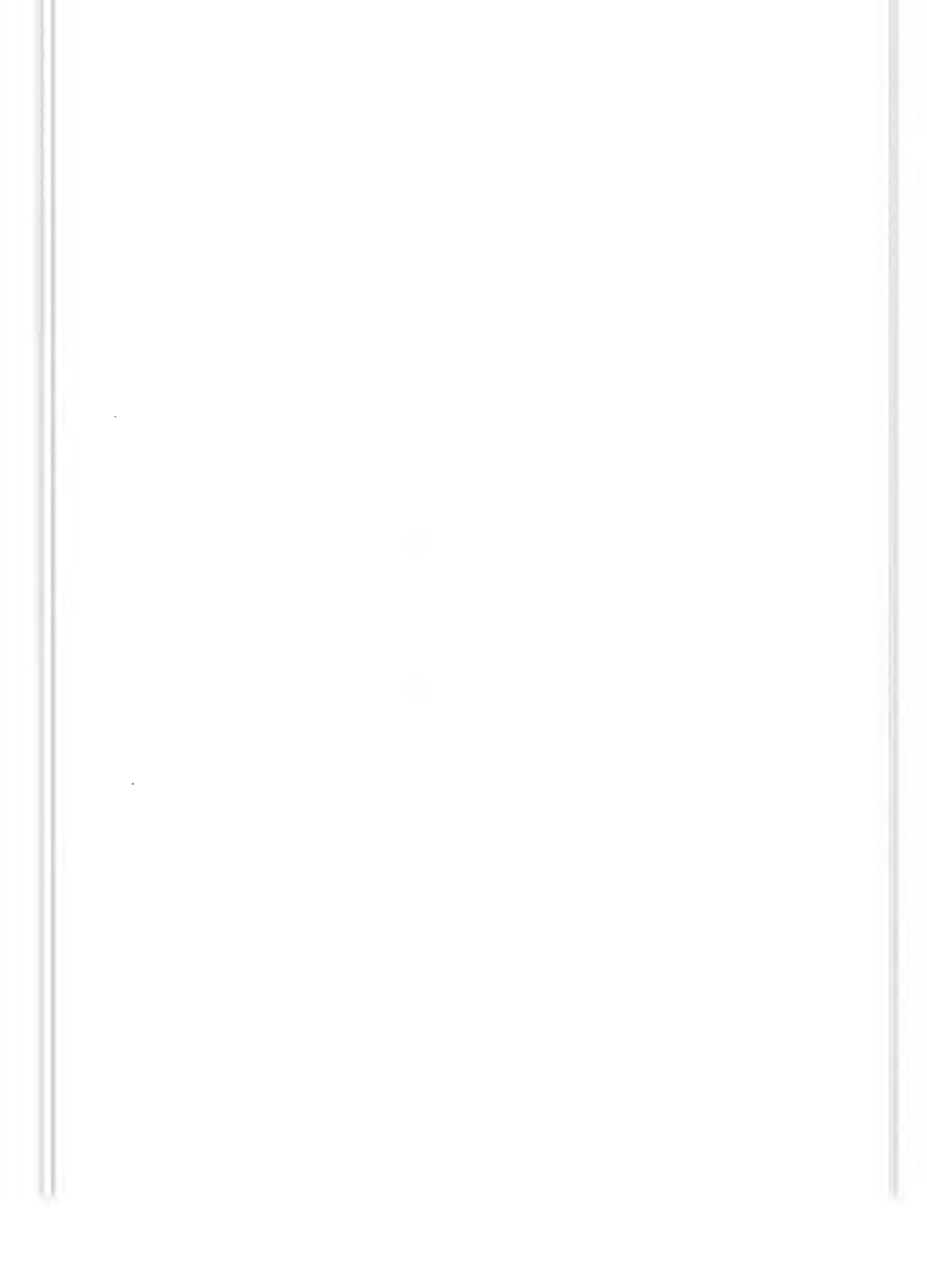
11. Al-Shammari, S. Khoja, T., and Al-Subaie, A. (1995). "Job Satisfaction and Occupational Stress Among Primary Care Centre Doctors." **International Journal of Mental Health**; 4(4): 85-95.
12. Al-Shammari, S. 1989. "What sort of consultation? A study of the quality of patient-doctor encounter in a primary care clinic", Abstracts of the symposium on primary health care "Training and Quality in Primary Health Care", December 10-11, 1989, Riyadh, MOH.
13. Al-Shammari, S. and Khoja, T. An Assessment of the Current Status of Continuing Medical Education (CME) Among Primary Health Care Doctors 'A Case for the Creation of A National CME Body'. **Saudi Medical Journal** 1994; 15(6): 443-449.
14. Baker R. (1998). "Quality improvement in primary health care: a European Perspective." **Quality in Health Care**; 7:1-4
15. Berwick, D. (1998) "The NHS: Feeling well and thriving at 75", **BMJ**, 317: 57-61.
16. Campbell S M, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Gelb Safran, Roland M O. (2001). "Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study". **British Medical Journal**; 323:1-6
17. Campbell S M, Sheaff R, Sibbald B, Marshall M N, Pickard S, Gask L, Halliwell S, Rogers A, Roland M O. (2002). "Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance." **Quality and Safety in Health Care**; 11:9-14
18. Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, Buetow SA, Shekelle PG (1998). "Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they?". **Journal of Public Health Medicine**; 20(4):414-21
19. Dashash, N. And Mukhtar, S. (2003). "Prescribing for Asthmatic Children in Primary Care: Are we Following the Guidelines?" **Saudi Medical Journal**; 24(5): 507-511.

20. De Geyndt, W. (1995). **"Managing the Quality of Health Care in Developing Countries"**, World Bank Technical Paper Number 358, World Bank, 1995.
21. Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed", **Journal of the American Medical Association**, 260(12).
22. Flocke Susan A. **Measuring attributes of primary care: development of a new instrument.** J Fam Pract 1997; 45:64-74
23. Gribben B, Coster G, Pringle M, Simon J. (2002). "Quality of care indicators for population-based primary care in New Zealand." **New Zealand Medical Journal**; 115(1):163-6.
24. Hearnshaw, H; Reddish, S; Carlyle, D; Baker, R. (1998). **"Introducing a quality improvement programme to primary healthcare teams."** **Quality in Health Care**; 7:200-208
25. Howie, G; Heaney, D; Maxwell, M; Walker, J; Freeman, G (1999). "Quality at general practice consultations : Cross sectional survey." **British Medical Journal**, 319: 738-743.
26. Institute of Medicine. (1996) **"The future of primary care."** Washington, DC: National Academy Press..
27. Jarallah, J. Khoja, T. And Mirdad, S. (1998). "Continuing Medical Education and Primary Care Physicians in Saudi Arabia: Perception of Needs and Problems Faced." **Saudi Medical Journal**; 19(6): 720-727.
28. Jarallah, J. and Khoja, T. (1998). "Perception of Supervisors of their role in Primary Care Programmes in Saudi Arabia." **Eastern Mediterranean Health Journal**; 4(3): 530-538.
29. Jung H P, Wensing M, Olesen F, Grol R. (2002). **"Comparison of patients and general practitioners' evaluations of general practice care."** **Quality and Safety in health Care**, 11: 315-319.
30. Kalantan, K., Al-Taweel, A., Abdul Ghani, H. (1999). **"Factors Influencing Job Satisfaction Among PHC Physicians in Riyadh, Saudi Arabia"**, **Annals of Saudi Medicine**, 19(5).
31. Khattab, M; Abolfotouh, M; Al-Khaldi, Y; Khan, M. (1999). **"Studying the Referral System in One Family Practice Centre In Saudi Arabia"**, **Annals of Saudi Medicine**, 19(2).

32. Khoja, T (2001). **"Quality assurance in Primary Health Care, Saudi Arabia's Experience"**. In A.F. Al-Assaf (Ed.), *Health Care Quality: An International Perspective*. World Health Organization, Regional Office for South East Asia, New Delhi.
33. Khoja, T. Al-Shehri, A, Khawaja, A. (1997). **"Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region."** *Eastern Mediterranean Health Journal*; 3(2): 236-243.
34. Khoja, T., and Kabbash, I. Perception of Mid-Level Health Managers about Primary Health Care Implementation Obstacles. *Tanta Medical Journal* 1997; 25(1): 841-861.
35. Kvamme O J, Olesen F, And Samuelsson M. (2001) **"Improving The Interface Between Primary And Secondary Care: A Statement From The European Working Party On Quality In Family Practice (Equip)"**. *Quality In Health Care*; 10: 33-39
36. Mahfouz A, Shehata A, Mandil A, et al. (1997) **"Prescribing Patterns at Primary Health Care Level in the Asir Region, Saudi Arabia: An Epidemiologic Study."** *Pharmacoepidemiol Drug Safty* 6 (1):197-201.
37. Mahfouz AA , Al-Sharif AI , El-Gama MN , Kisha AH (2004). **"Primary health care services utilization and satisfaction among the elderly in Asir region, Saudi Arabia"**. *East Mediterr Health J*, 10(3): 365-71
38. Mann, J (2001). **"Process Vs Outcome Indicators n the Assessment of Quality of healthcare."** *International Journal for quality in health care*; 13(6): 475-480.
39. Mansour, A., Al-Osaimi, M. (1993). **"A study of Satisfaction among primary health care patients in Saudi Arabia"**, *Journal of Community Health*, 18(3):163-73.
40. Mansour, A., Al-Osaimi M.(1996). **"A study of Health Centres in Saudi Arabia."** *International Journal of Nursing Studies*. 33(3): 309-315.
41. Marshall, MN. (1999) **"Improving quality in general practice: qualitative case study of barriers faced by health authorities."** *BMJ*;319:164-7.

42. Marwick, J. ; Grol, R.; and Bogreil, A. (1992) **"Quality Assurance for Family Doctors", Report to the Quality Assurance Working Party, World Organization of Family Doctors.**
43. Maxwell RJ. (1984). **"Quality Assessment in Health,"** BMJ; 288:1470-1472.
44. McColl, A, Smith, H, White, P, Field, J. (1998) **"General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey".** BMJ, 3(16).
45. McGlynn, E. (1997). **"Six Challenges In Measuring the Quality of Health Care".** Health Affairs; 16(3):7-21.
46. Ministry of Health. **"Annual Health Report, 1424H",** Ministry of Health, Saudi Arabia.
47. Moussa A, Bridges-Webb C. (1994). **"Quality of care in general practice. A delphi study of indicators and methods."** Aust Fam Physician; 23 (3):465-8, 472-3
48. Proctor, S.; Campbell, J. (1999). **"A developmental performance framework for primary care",** International Journal of Health care Quality Assurance, 12(7): 279-286.
49. Qatari, G. and Haran, D. (1999). **"Determinants of Users' Satisfaction with Primary Health Care Settings and Services in Saudi Arabia. International Journal of Quality in Health Care";** 11(6): 523-531.
50. Ramsey PG, Curtis JR, Paauw DS, Carline JD, Wenrich MD. (1998). **"History-taking and preventive medicine skills among primary care physicians: an assessment using standardized patients."** Am J Med; 104(2):152-8
51. Saeed, A. Mohammed, B, Magzoub, M., and Al-Doghaither, A. (2001). **"Satisfaction and Correlates of Patient's Satisfaction with Physicians' Services in Primary Health Care Centres."** Saudi Medical Journal; 22(3): 262-267.
52. Sheldon, T. (1998). **"Promoting Health Care Quality: What role performance indicators?",** Quality in Health Care, 7(Suppl): S45-S50.

53. Siddiqui, S., Ogbeide, D., Karim, A., and Al-Khalifa, I. (2001). "Hypertension Control in a Community Centre at Riyadh, Saudi Arabia." **Saudi Medical Journal**; 22(1): 49-52.
54. Starfield B. (1990). **"Commonalties in primary care research: a view from pediatrics. In: Proceedings from AHCPR, primary care research: an agenda for the 90's."** Washington DC: US Government Printing Office, DHHS publication No.(PHS)90-3460.
55. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. (2001). **"Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study"**. *Fam Pract* ;18(1):21-6.
56. Tomlin, Z. , Humphrey, C., Rogers, S. (1999). **"General practitioners' perceptions of effective health care"**. *BMJ* V(318) 5.
57. Watkins, C., et al. (1999). "General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them." **British Journal of General Practice**, 49, 11-15.
58. Wilkinson E, McColl A, Exworthy M, Roderick P, Smith H, Moore M, Gabbay J. (2000). **"Reactions to the use of evidence-based performance indicators in primary care: a qualitative study."** *Quality in Health Care*; 9:166-174.
59. World Health Organization (1978). **"Primary Health Care-Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata.USSR, 6-12 September 1978"**, Health for All Series, Principal Document, No1. Geneva.

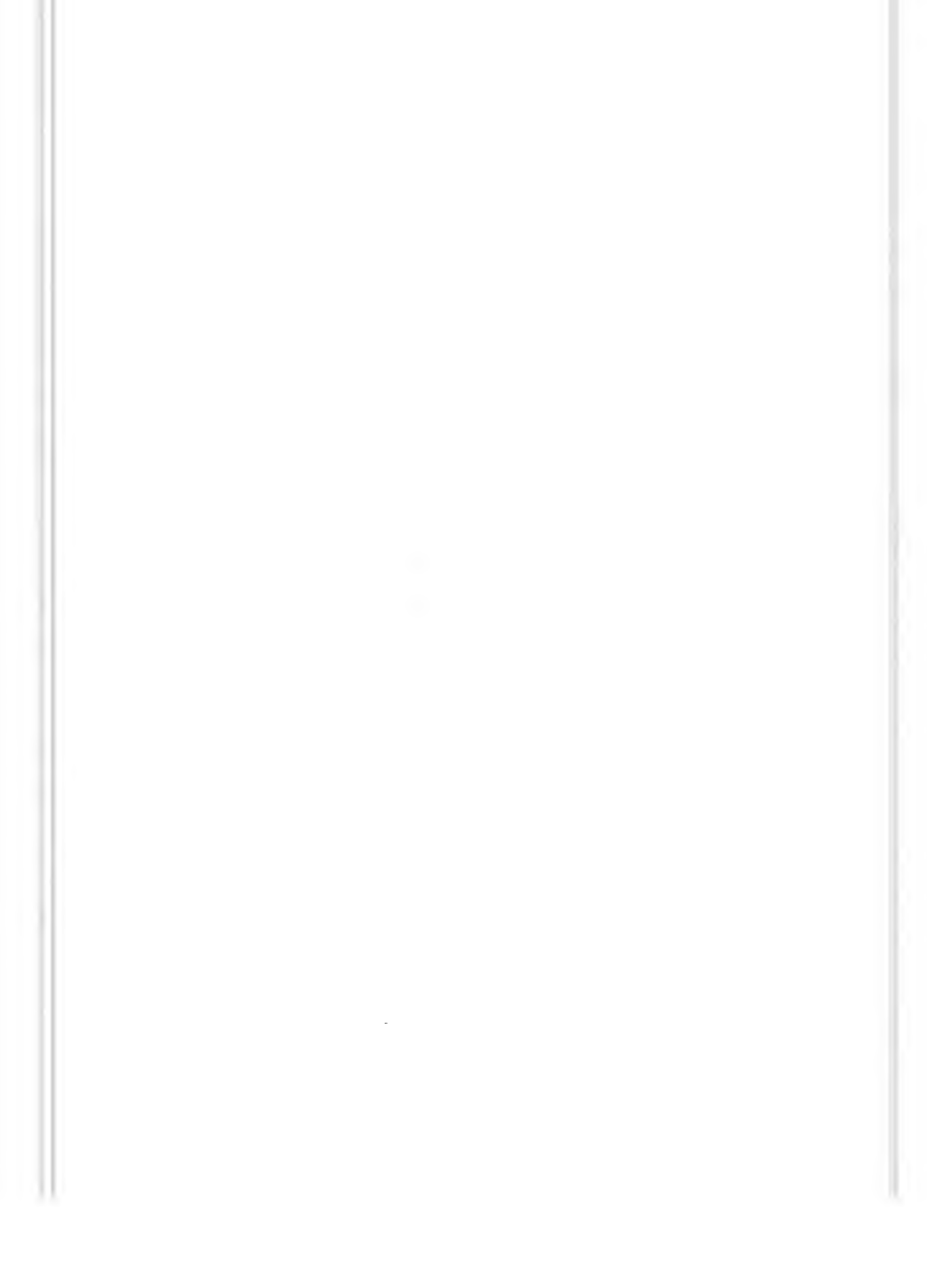


الملاحق

ملحق رقم (١)

استمارة تقييم أنشطة الرعاية الصحية الأولية^(١)

(١) المصدر: توفيق أحمد خوجة وفوزى شحاته محمود (٢٠٠٢).



بسم الله الرحمن الرحيم

منطقة: _____

قطاع: _____

مركز صحي: _____

المملكة العربية السعودية

وزارة الصحة

الإدارة العامة للمراكز الصحية

برنامج الإشراف الداعم للجودة النوعية

استمارة تقييم

أنشطة الرعاية الصحية الأولية

باستخدام مؤشرات الجودة النوعية

في الفترة من: / / ١٤٤٠ هـ إلى: / / ١٤٤٠ هـ

السكان والأسر في منطقة خدمات المركز:

١- العدد الإجمالي حسب آخر تجديد للمسح في: / / ١٤٥٠.

البيان	سعودي	غير سعودي	الإجمالي
عدد الأسر			
عدد السكان			

٢- توزيع السكان حسب العمر، والجنس، والجنسية:

الفئة العمرية	١ >		٤ - ١		١٤ - ٥		٤٤ - ١٥		٦٤ - ٤٥		٦٥ ≤	
	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر
سعودي												
غير سعودي												
الإجمالي												

الموارد البشرية في المركز:

التخصص	الجنس		طبيب أخصائي	طبيب عام	طبيب أسنان	تمريض	قابلية	فني صيدلة	فني مختبر	فني أشعة	مراقب صحي	فني إحصاء	إداريون	أخرى
	سعودي	غير سعودي												
ذكر														
أنثى														
ذكر														
أنثى														
الإجمالي														

❖ تدون جميع القوى العاملة شاملة المجازين

❖ نسبة (Ratio) الأطباء للسكان: طبيب واحد لكل نسمة

❖ نسبة (Ratio) التمريض للسكان: ممرضة واحدة لكل نسمة

الإمكانات والخدمات بالمركز الصحي:

١- المباني:

المبنى:	<input type="checkbox"/> حكومي	<input type="checkbox"/> مؤجر	
حالة المبنى:	<input type="checkbox"/> سيئ	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> جيد

المباني تحتوي على الخدمات التالية (ضع علامة صح في حالة الإيجاب):

أسنان <input type="checkbox"/>	كشف رجال <input type="checkbox"/>	انتظار رجال <input type="checkbox"/>
كشف نساء <input type="checkbox"/>	انتظار نساء <input type="checkbox"/>	الملفات <input type="checkbox"/>
صيدلية <input type="checkbox"/>	مختبر <input type="checkbox"/>	أشعة <input type="checkbox"/>
ولادة <input type="checkbox"/>	طوارئ <input type="checkbox"/>	حوامل <input type="checkbox"/>
عيادة الطفل السليم <input type="checkbox"/>	إرواء بالفم <input type="checkbox"/>	تحصين <input type="checkbox"/>
إدارة <input type="checkbox"/>	مخازن <input type="checkbox"/>	صالة اجتماعات <input type="checkbox"/>
سكن للممرضات <input type="checkbox"/>	غير ذلك (حدد) <input type="checkbox"/>	

سبل المواصلات:

- إسعاف	العدد	النوع	موديل - حالتها
- نقل	العدد	النوع	موديل - حالتها
- وسائل اتصال	هاتف <input type="checkbox"/>	فاكس <input type="checkbox"/>	بريد <input type="checkbox"/>
- الطريق إلى أقرب مستشفى	المسافة	كم	نوعية الطريق
- الطريق إلى أقرب مركز صحي	المسافة	كم	نوعية الطريق

الكهرباء:

- شبكة عامة ☐ مولدات ☐ مدة الإمداد ☐ ساعة

المياه:

- شبكة عامة ☐ إمداد مستمر بالسيارات ☐ صعوبة في الإمداد ☐

النظافة:

- المستوى ☐ سيئ ☐ متوسط ☐ جيد ☐

- القائمون عليها مستخدمون من شركة نظافة ☐ لا أحد ☐

التجهيزات:

أجهزة وآلات: ☐ كافية وجيدة ☐ كافية وغير جيدة

☐ غير كافية وجيدة ☐ غير كافية وغير جيدة

أثاث: ☐ كافٍ وجيد ☐ كافٍ وغير جيد

☐ غير كافٍ وجيد ☐ غير كافٍ وغير جيد

١- مشاركة المجتمع:

لا	نعم	المؤشرات
		١- وجود لجنة أصدقاء الصحة.
		٢- عدد أعضاء اللجنة.
		٣- وظيفة رئيس اللجنة.
		٤- عدد الاجتماعات خلال العام الماضي.
%		٥- متوسط عدد ونسبة الحضور في الاجتماع الواحد خلال العام الماضي.
%		٦- نسبة الجهات الممثلة من التالي: (عدد الأعضاء من كل فئة مقسوماً على العدد الكلي لأعضاء اللجنة × ١٠٠). - الأمير أو العمدة. - التعليم. - البلديات. - الشرطة. - أندية أهلية وجمعيات خيرية. - جهات حكومية أخرى. - الأهالي.
%		٧- نسبة تمثيل العاملين في المركز الصحي.
%		٨- نسبة ما تم تنفيذه من مجموع توصيات الاجتماعات خلال العام الماضي.
%		٩- استكمال محاضر الاجتماعات.
لا	نعم	١٠- مشاركة اللجنة في مناقشة المشاكل الموجودة في خطة المركز.
		١١- مشاركة اللجنة في دعم بعض احتياجات المركز.
		١٢- وجود لجنة صديقات الصحة. - عدد العضوات. - عدد الاجتماعات خلال العام الماضي.

٢- صحة الطفل:

٢-١ مؤشرات استخدام عيادة الطفل السليم:

❖ المقام: عدد الأطفال أقل من ٥ سنوات في منطقة خدمات المركز من واقع الحصر السكاني.

العدد	%	الفئة
		عدد الأطفال المسجلين
		عدد الأطفال غير المسجلين
		الإجمالي

٢-٢ مؤشرات متابعة النمو للأطفال دون الخامسة:

تسحب عينة عشوائية من ملفات الأطفال مسترشدين بسجل رعاية الطفولة لتحديد الأسماء وأرقام الملفات بالعينة على ألا يقل حجم العينة عن عشرة ملفات من كل فئة عمرية.

عدد مرات رصد النمو (الوزن)	عدد من تم رصد نموهم	العدد بالعينة	النسبة المئوية
تم إجراؤه بمعدل: - خمس مرات لمن (أتموا عامهم الأول).			
- مرتان للفئة العمرية $1 < 2$ لمن (أتموا عامهم الثاني).			
- ست مرات للفئة ٢ - ٤ عام لمن (أتموا عامهم الخامس).			
الإجمالي			

٢-٣ بيانات خاصة بالأطفال المبتسرين:

عدد المواليد أقل من ٢٥٠٠ جم	عدد المواليد الإجمالي	%

٤-٢ مؤشرات التغذية:

الفئة العمرية	الأطفال الواقعون تحت المنطقة في منحنى الوزن		الأطفال الذين أصبحت أوزانهم طبيعية	
	عدد (١)	نسبة *	عدد	نسبة #
> ١				
١ - ٤				
الإجمالي				

* المقام: عدد الأطفال في كل فئة عمرية من واقع الحصر السكاني.

المقام: عدد (١).

٥-٢ مؤشرات الأمراض بالإسهال للأطفال دون الخامسة:

المصدر: استمارة معالجة حالة الإسهال.

المؤشر	العدد	%
حالات الإسهال بدائرة المركز (عدد الإصابات وليس المصابين)	(١)	
مرات استعمال الإرواء القموي	(٢)	

(١) المقام: عدد الأطفال أقل من خمس سنوات من واقع الحصر السكاني.

(٢) المقام: عدد حالات الإسهال بدائرة المركز لدى الأطفال أقل من خمس سنوات خلال العام الماضي.

٦-٢ مؤشرات مردود البرنامج الموسع للتحصينات:

المصدر: سجل الإصابات بالأمراض السارية وسجل التطعيمات اليومي والسنوي.

الأمراض	عدد حالات الأطفال الذين سبق تحصينهم		عدد حالات الأطفال الذين لم يسبق تحصينهم		الإجمالي
	سعودي	غير سعودي	سعودي	غير سعودي	
١- الدرن					
٢- التهاب كبدي بائي					
٣- شلل الأطفال					
٤- دفتيريا					
٥- سعال ديكى					
٦- الكزاز					
٧- الحصبة					
٨- الحصبة الألمانية					
٩- النكاف					

٣- التطعيمات:

١-٣ مؤشرات التغطية بالتحصينات:

- عدد الأطفال المستهدفين خلال العام الماضي ()

نسبة التغطية	عدد من تم تحصينهم	اللقاحات
		لقاح الدرن
		لقاح الالتهاب الكبدي ب
		جرعة أولى
		جرعة ثانية
		جرعة ثالثة
		شلل الأطفال وثلاثي بكتيري (١)
		شلل الأطفال وثلاثي بكتيري (٢)
		شلل الأطفال وثلاثي بكتيري (٣)
		لقاح الثلاثي الفيروسي
		لقاح الحصبة

٢-٣ معدل التخلف:

معدل التخلف Drop-out Rate	على عدد الأطفال المطعمين ضد الدرن مضروباً في مائة (%)
------------------------------	---

٣-٣ نسبة الفاقد من اللقاحات خلال العام الماضي:

اللقاح	(١) عدد زجاجات اللقاح	(٢) عدد الجرعات بالزجاجة	(٣) العدد الكلي للجرعات (حاصل ضرب ٢×١)	(٤) عدد الجرعات المعطاة	الجرعات المفقودة (بطرح ٤ من ٣) عدد %
الالتهاب الكبدي البائي					
شلل الأطفال					
الثلاثي البكتيري					
الحصبة الألمانية					
النكاف					
الحصبة					
الكزاز					
الثلاثي الفيروسي					
الدرن					

٣-٤ مؤشرات التغطية بالتحصينات:

- هل يوجد ترمومتر لقياس درجة حرارة الثلاجة؟
نعم ☐ عدد ☐ لا ☐
- هل يوجد مقيم لسلامة اللقاحات بالثلاجة؟
نعم ☐ لا ☐
- هل تسجل درجة حرارة الثلاجة صباحاً ومساءً بانتظام؟
نعم ☐ لا ☐
- هل يوجد بيان بعدد جرعات اللقاحات وأنواعها وأرقام التشغيل وتاريخ الصلاحية؟
نعم ☐ لا ☐

٤- الإحالة:

- ١- معدل الإحالة (العدد الإجمالي للمحالين مقسوماً على عد المراجعين خلال العام) (%)
- ٢- هل يتبع المركز نظام حجز مواعيد للمحالين للمستشفيات:

المستشفى	نعم	لا
١-		
٢-		
٣-		
٤-		
٥-		

تحتسب عينة عشوائية من الإحالات الراجعة بالملفات الصحية مسترشدين بسجل الإحالة لتحديد الأسماء وأرقام الملفات بالعينة على ألا يقل حجم العينة عن (٣٠) اسماً من المسجلين بسجل الإحالة ثم تعبأ المؤشرات التالية:

- ٣- نسبة التقارير الراجعة إلى المركز من مجموع الإحالات.
- ٤- عدد ونسبة المرضى الذين حصلوا على موعد في المستشفى خلال:

المدة	نفس اليوم	أسبوع	أسبوعان	ثلاثة أسابيع	أكثر	لا ينطبق
العدد						
النسبة						

- ٥- نسبة نماذج الإحالة المكتملة المعلومات (إذا نقصت أي عنصر تعتبر غير مكتملة):

المركز	%
المستشفى	%

- ٦- نسبة نماذج الإحالة المكتوبة بوضوح من:

المركز	%
المستشفى	%

- ٧- النسبة المئوية للإحالات التي اختلف فيها التشخيص (%)

٥- ضغط الدم المرتفع:

المؤشر	%
١- ما هو معدل الانتشار للمرض في منطقة خدمات المركز؟	%
٢- ما هو معدل الحدوث في العام الماضي (عدد الحالات المكتشفة خلال العام مقسوماً على تعداد السكان الإجمالي)؟	%
٢- التشخيص والمتابعة: تفحص ملفات جميع الحالات المكتشفة خلال العام الماضي - إذا زادت على عشرين حالة تسحب عينة عشوائية - وتعبأ المؤشرات التالية:	
١-٢ نسبة من تم قياس ضغط الدم لهم ثلاث مرات على الأقل قبل بدء العلاج.	%
٢-٢ هل سجلت الأشياء التالية أثناء الزيارة الأولى (ضع نسبة مئوية):	
- التدخين.	%
- التاريخ العائلي.	%
- التاريخ الاجتماعي النفسي.	%
٢-٢ نسبة المرضى الذين تم أخذ القياسات التالية لهم في كل زيارة:	
أ - الوزن.	%
ب - ضغط الدم أكثر من مرة.	%
٤-٢ نسبة المرضى الذين أجريت لهم الفحوصات التالية مرة على الأقل:	
أ - السكر في الدم.	%
ب - نسبة الدهون في الدم.	%
ج - وظائف الكلى.	%
د - تخطيط القلب.	%
هـ - أشعة الصدر.	%
٥-٢ نسبة المرضى الذين انخفض ضغطهم الانبساطي إلى أقل من ٩٠ مم زئبق من بين المعالجين في ثلاث زيارات متتالية خلال العام الماضي.	%
٦-٢ هل سجلت الأدوية والجرعات وتكرارها في الملف العائلي؟	%
٧-٢ هل سجلت الأعراض الجانبية للأدوية؟	%
٨-٢ نسبة المرضى الذين لم تحدث لهم مضاعفات.	%
٩-٢ نسبة المرضى الذين حدثت لهم المضاعفات التالية:	
- السكتة الدماغية.	%
- اعتلال الشبكية.	%
- فشل القلب.	%
- احتشاء عضلة القلب.	%
- فشل الكلى.	%

٦- السكر:

الدرجة المناسبة للمركز	الحد الأعلى للدرجة	المؤشر
		الإجابة بنعم تعنى الحصول على الدرجة كاملة:
	١٠	١- هل توجد عيادة متخصصة للعناية بمرضى السكرى؟ إذا كان الجواب (لا) هل يوجد نظام مواعيد لمتابعة مرضى السكرى؟
	٥	٢- هل هناك ممرض (ممرضة) مدربين لتثقيف مرضى السكرى؟
	٥	٣- هل يوجد شرائط وقوارير تحليل البول؟
	٥	٤- هل يمكن قياس مستوى السكر بالدم فى المركز الصحى؟
	٥	٥- هل الأدوية الأساسية متوفرة فى الصيدلية؟ - الحبوب الخافضة للسكرى. - الأنسولين بنوعيه (NPH, Sohuble). - محلول الجلوكوز بالوريد.
	٥	٦- هل هناك نظام لتحديد مرضى السكرى إما بواسطة وضع علامة على الملف أو باستعمال فهرس المرضى؟
	٥	٧- اسحب عينة عشوائية على غرار ما اتبع فى عينة مرضى الضغط ولاحظ هل تم الالتزام بملء استمارة مرضى السكرى بما لا يقل عن زيارتين سواء كان المريض جديداً أو المتابعة السنوية للنقاط التالية: ٧-١ هل تم تصنيف المريض؟ ٧-٢ البيانات التعريفية؟ ٧-٣ قائمة المشاكل الصحية؟ ٧-٤ قائمة التذكير السنوية؟ ٧-٥ قائمة المتابعة؟ ٧-٦ قائمة التذكير التثقيفية؟ ٧-٧ أ - هل اتبعت خطة المتابعة والعلاج للمرضى من النوع (٢)؟ ٧-٧ ب - هل تم تحويل المريض من النوع (١) والحوامل إلى المستشفى؟
	٥	٨- هل أعطى المريض موعداً مناسباً للزيارة القادمة؟
	٥	٩- هل تم التحويل إلى الأخصائيين المناسبين حسب ما اقترح فى البروتوكول فى الوقت المناسب؟
	٥	١٠- هل نسبة المرضى المتخلفين عن مراجعة المركز خلال الستة أشهر الماضية أقل من (٢٠٪) من إجمالى مرض السكرى؟

٧- الأدوية الأساسية:

النسبة المئوية	المؤشر
%	<p>[اسحب عينة عشوائية بحيث يتم اختيار يوم من كل شهر عشوائياً (٦ أيام تمثل ستة شهور) ثم تسحب خمس وصفات عشوائياً من وصفات كل يوم باستخدام الطريقة العشوائية المنتظمة (Systematic Random Sample) (يلاحظ استبعاد الوصفات التي لا تحتوي على أدوية مثل وصفات الضماد والمختبر ...)]</p> <p>١- نسبة الوصفات الطبية المصروفة للمرضى التي تم تسجيلها في الملف الصحي؟ (يتم مقارنة الوصفات المختارة عشوائياً باستمارة المتابعة العلاجية بالملف الصحي).</p>
%	٢- نسبة الوصفات الطبية التي تحتوي على اختصارات غير معروفة وغير معتمدة بدليل الجودة.
%	٣- نسبة الوصفات الطبية التي تحتوي على أكثر من ثلاثة أدوية.
%	٤- نسبة الوصفات التي تحتوي على الأسماء غير العلمية للأدوية (المقصود أن تكون جميع الأدوية بالوصفة مكتوبة بأسمائها العلمية).
%	٥- نسبة الوصفات الطبية التي تحتوي على أدوية خارج قائمة الأدوية الأساسية للمراكز الصحية؟
%	٦- نسبة الوصفات التي تحتوي على تداخلات دوائية أو أخطاء طبية؟
%	٧- نسبة الوصفات غير متكاملة العناصر؟ (مثل اسم المريض - عمره - جنسه - التشخيص - اسم الطبيب - توقيعه - التاريخ - اسم المركز - أسماء الأدوية - الجرعة - عدد مرات الجرعة - عدد الأيام - الأسابيع ... إلخ) إذا فقدت الوصفة أي عنصر من عناصرها تعتبر غير متكاملة.

تابع - الأدوية الأساسية:

لا	نعم	المؤشر
		٩- هل يتم تخزين الأدوية بالصيدلية والمستودع (إن وجد) وحسب الأسس والأصول العلمية الواردة بالدليل؟
		١٠- هل هناك مكان خاص للأدوية الإسعافية والطوارئ معروفاً لدى العاملين؟
		١١- هل يعطى الصيدلي التعليمات الخاصة بالدواء للمريض بصورة صحيحة مكتوبة وشفهياً بحيث يتم التأكد أن المريض فهم طريقة الاستعمال والتعليمات الواجب اتباعها عند أخذ الدواء وحفظه (بالملاحظة)؟
		١٢- هل يقوم الصيدلي بإبلاغ الأطباء بأسماء الأدوية وكمياتها التي وصلت من التزويد الطبي حديثاً بصفة دورية؟ (بسؤال الأطباء).
		١٣- هل يقوم الصيدلي بتحديث بيانات السجلات المعتمدة الخاصة بالأدوية؟ (راجع سجل عهدة الصيدلية والمدورات وصور الطلبات).
		١٤- هل يتم ترتيب وتصنيف الأدوية على الأرفف ووضع بطاقات تعريفية موضح بها الاسم وتاريخ الصلاحية؟
		١٥- هل هناك سجل خاص بالأدوية المقيدة والمخدرة؟
		١٦- هل ترسل المدورات إلى المستودعات بالمنطقة حسب النظام؟
		١٧- هل يتم اتباع نظام صرف وصفة الأدوية المخدرة حسب دليل إجراءات الأدوية المخدرة ونظام الأدوية النفسية الصادر من قبل الوزارة؟

٨- التوعية الصحية:

١- مؤشرات الخدمة:

لا	نعم	
		١-١ الخطة:
		أ - هل تم تحديد المشاكل الصحية حسب الأولوية في منطقة خدمات المركز (المصدر: خطة المركز).
		ب - هل تم الإعداد المسبق لرسائل التوعية الصحية الملائمة؟ (راجع عينة من محاضرات التوعية الصحية)
		ج - هل هناك برنامج زمني للتوعية الصحية: - داخل المركز الصحي. - خارج المركز الصحي.
		د - نسبة المحاضرات المنفذة من المستهدف من الخطة.
		%

النسبة المئوية	٢-١ نسب التغطية والمعدلات لأنشطة التوعية الصحية:
%	أ - نسبة التغطية للمدارس المختلفة بمنطقة خدمات المركز (عدد المدارس التي تم زيارتها بغرض التوعية الصحية مقسوماً على عدد المدارس الكلي بمنطقة خدمات المركز).
%	ب - نسبة المشاركين من أعضاء الفريق الصحي الفنيين في محاضرات التوعية الصحية (المصدر: سجل التوعية الصحية). في حالة انخفاض هذه النسبة اذكر الأسباب.

٢- التجهيزات الخاصة بالتوعية الصحية (الموارد المادية):

	موجودة وبحالة جيدة	موجودة وبحالة سيئة	غير موجودة	الاستعمال خارج المركز	
				نعم	لا يذكر السبب
١- جهاز فيديو					
٢- جهاز تليفزيون					
٣- نشرات وكتيبات					
٤- ملصقات					

٣- التنسيق مع الجهات المستهدفة بالتوعية الصحية:

المؤشر	نعم	لا	ملاحظات المشرف
١- يتم إعداد مكان مناسب لعقد الندوة للمستهدفين (غالباً).			
٢- حضور الشخصيات المهمة والمؤثرة.			
٣- يتم مشاركة هذه الجهات ببعض الأجهزة المساعدة (تلفزيون، فيديو) عند الحاجة.			
٤- يتم استطلاع رأى الجهات ذات العلاقة في المواضيع والمشكلات الصحية ذات الأولوية التى يحتاجون لمزيد من التوعية فى مجالها (المصدر: خطة عمل المركز).	دائماً	أحياناً	مطلقاً

٩- رعاية الأمومة:

١- مؤشرات البنية:

لا	نعم	المؤشر
		١-١ في حالة وجود غرفة ولادة بالمركز، هل تجهيزات الغرفة مناسبة؟
		٢-١ هل توجد قابلة أو ممرضة مدربة بالمركز؟
		٣-١ هل تتوفر بطاقة الأمومة؟
		٤-١ هل سجل رعاية الأمومة متوافر بالمركز؟

٢- مؤشرات التغطية بالخدمات:

النسبة المنوية	المقام بالأرقام	البسط بالأرقام	المؤشرات (الإجراءات)
	مجموع الحوامل بمنطقة عمل المركز.	عدد الحوامل المسجلات بالمركز.	١-٢ نسبة الحوامل المسجلات من مجموع الحوامل بمنطقة عمل المركز. (المصدر: سجل رعاية الحوامل).
	مجموع من تمت ولادتهن خلال الفترة نفسها بمنطقة عمل المركز.	من راجعن خمس مرات أو أكثر من اللاتي تمت ولادتهن.	٢-٢ نسبة الحوامل المسجلات اللاتي راجعن خمس مرات أو أكثر لمن تمت ولادتهن.
	عدد من تمت ولادتهن إجمالاً.	عدد من أكملن التطعيم ضد الكزاز حسب التعميم الوزاري.	٣-٢ نسبة الحوامل اللاتي تلقين التطعيم ضد الكزاز لمن انتهى حملهن.
أ % ب % ج %	عدد من تمت ولادتهن إجمالاً.	أ - عدد الولادات بالمستشفى ب- عدد الولادات بالمركز. ج - عدد الولادات بالمنزل.	٤-٢ أ - نسبة من ولدن بالمستشفى. ب- نسبة من ولدن بالمركز الصحي. ج - نسبة من ولدن بالمنزل.
	مجموع الحوامل المسجلات.	حالات الحمل الخطر.	٥-٢ نسبة حالات الحمل الخطر من مجموع المسجلات. (المصدر: سجل الحالات المعرضة للخطر).

النسبة المئوية	المقام بالأرقام	البسط بالأرقام	المؤشرات (الإجراءات)
			اسحب عينة عشوائية من بطاقات الأمومة للسيدات اللاتي ولدن خلال العام الماضى بحيث لا يقل حجم العينة عن (٢٠) بطاقة.
	مجموع البطاقات فى العينة العشوائية.	عدد الحوامل اللاتي تم تحديد الفصيلة وعامل رصيص لهن من مجموع العينة.	٢-١ نسبة الحوامل اللاتي تم تحديد فصيلة الدم وعامل رصيص لهن.
	مجموع البطاقات التي تمثل العينة.	عدد الحوامل اللاتي تم قياس ضغظهن فى كل زيارة.	٣-٢ نسبة من تم قياس ضغظهن فى كل زيارة.
	مجموع البطاقات التي العينة العشوائية.	عدد من تم فحص بولهن للزلال ثلاث مرات أو أكثر.	٣-٢ نسبة الحوامل اللاتي تم فحص الزلال لهن ثلاث مرات أو أكثر خلال الحمل.
	مجموع البطاقات فى العينة العشوائية.	عدد الحوامل اللاتي تم فحص بولهن للسكر ٢ مرات أو أكثر خلال الحمل.	٣-٤ نسبة الحوامل اللاتي تم فحص بولهن للسكر فى كل زيارة خلال الحمل.
	مجموع البطاقات التي تمثل العينة.	من تم قياس الهيموجلوبين لهن ٣ مرات أو أكثر خلال الحمل.	٣-٥ نسبة الحوامل المسجلات اللاتي تم قياس الهيموجلوبين لهن ثلاث مرات خلال حملهن.
	مراجعة سجل الزيارات المنزلية وتحديد عدد الولادات خلال الفترة نفسها.	عدد من تمت زيارتهن فى النفاس.	٣-٦ نسبة النفاسات اللاتي تلقين زيارة واحدة أو أكثر خلال العشرة أيام الأولى للنفاس. (المصدر: سجل رعاية الحامل).

ما عدا اليوم الأول، ولا تعتبر زيارة النفاس للمركز زيارة منزلية ولا الاتصال الهاتفى.

١٠- الأمراض السارية:

١- المؤشرات للموارد والبنية الأساسية:

١-١ الموارد البشرية:

المصدر (ملفات القوى العاملة بالمركز)

التوافر			الموارد البشرية
غير متوافر	متوافر		
	غير مدرب	مدرب	
			طبيب ♦
			مراقب صحي ♦♦
			ممرض (ممرضة) ♦♦♦

* تلقى دورة تدريب أساسى ودورة جودة نوعية.

** تلقى دورة مراقبين صحيين.

*** تلقى تدريب على أعمال المراقب الصحى.

٢-١ الموارد المادية:

المادة	متوافر	غير متوافر
أدوات أخذ العينات		
مطهرات كيماوية		
النماذج والسجلات الرسمية		

٢- مؤشرات الإجراءات:

١-٢ المؤشرات الحيوية والديموغرافية:

ملاحظات	نعم	لا	نعم	الخدمة (الإجراء)
				<p>أ - هل تم تحديد منطقة خدمات المركز جغرافياً بدقة؟</p> <p>ب- هل تم التعرف على الأمراض الطفيلية والمعدية وتحديدتها بالترتيب حسب معدلات انتشارها بمنطقة خدمات المركز.</p> <p>ج - هل تم عمل مقارنة بما يتم لهذه الأمراض بمعدلات الانتشار؟</p> <p>د - هل توجد خريطة وبائية لمنطقة خدمات المركز؟</p>

٢-٢ مؤشرات الوقاية والمكافحة للأمراض السارية:

تسحب عينة عشوائية من الحالات المكتشفة في العام الماضي مع التركيز على حالات التسمم الغذائي والحمى المخية الشوكية والالتهاب الكبدي.

استخدم سجل الأمراض السارية لتحديد الحالات في العينة المختارة ثم تتبعها في ملف الأسابيع الدولية وملف الشهرية السارية وملف الاستقصاء الوبائي (إن وجد) أجب عن التالي:

العناصر	نعم	لا	ملاحظات
١- هل تم التبليغ حسب ما جاء بأحدث التعاميم؟			

تدابير نحو المخالطين:

على المشرف الاستمرار في فحص العينة التي اختارها ثم يكتب تعليقه على ما يلي:	نعم	لا	لا ينطبق
١- هل تم عمل قائمة بالمخالطين؟			
٢- هل أخذت عينات من المخالطين؟			
٣- هل تم إعطاء تطعيم / علاج وقائي للمخالطين؟			

٢-٣ حفظ السجلات والمهام الإحصائية:

معبأة بطريقة صحيحة		متوافرة		هل النماذج والسجلات التالية: يجب أن يراعى فى النماذج والسجلات أن تكون أحدث ما ورد من الوزارة.
لا	نعم	لا	نعم	
				❖ سجل الأمراض السارية.
				❖ سجل عينات المياه.
				❖ سجل الزيارات الميدانية.
				❖ سجل التطعيمات.

❖ هل يتم إرسال النماذج الإحصائية والتقارير بانتظام وفى المواعيد المحددة للمستويات الأعلى؟

- أ - الأسابيع الدولية ☐ نعم ☐ لا
- ب - شهرية سارية ☐ نعم ☐ لا
- ج - استمارات الاستقصاء الوبائى ☐ نعم ☐ لا

١١- إصحاح البيئة:

المؤشر	نعم	لا	ملاحظات
١- هل هناك خريطة لصحة البيئة محدداً عليها مواقع ومصادر مياه الشرب ومحللات الأغذية ومساكن العمال وغيرها؟			
٢- هل توجد خطة زمنية لزيارة مصادر المياه ومحللات الأغذية وغيرها؟			
٣- هل يوجد بالمركز ثلاجة لحفظ العينات وصناديق تبريد لنقلها؟			
٤- هل يوجد جهاز كلوروسكوب مع الكواشف بالمركز؟			
٥- هل يوجد بالمركز السجلات المعتمدة الخاصة بالأعمال الوقائية؟			
٦- هل يوجد قوارير معقمة بصفة مستمرة خلال العام الماضى لإرسال عينات المياه للفحص الجرثومى؟			

٧- عدد ونوعية ومصادر مياه الشرب فى المنطقة إذا لم تكن هناك شبكة عامة: آبار ()، نبع ()، تجمعات أمطار ()، محطات تحلية () .

العدد	النسبة	ملاحظات
٨- عدد عينات المياه غير الصالحة ونسبتها للعدد الكلى للعينات خلال عام.		
٩- عدد مصادر المياه التي تم علاجها لعدم الصلاحية ونسبتها إلى عدد المصادر غير الصالحة خلال عام.		
١٠- عدد محللات تداول الأغذية بالمنطقة.		
١١- عدد المحلات التى عليها ملاحظات ونسبتها إلى المحلات التى تم زيارتها.		
١٢- عدد المحلات التى تجنب الملاحظات ونسبتها إلى المحلات التى عليها ملاحظات.		

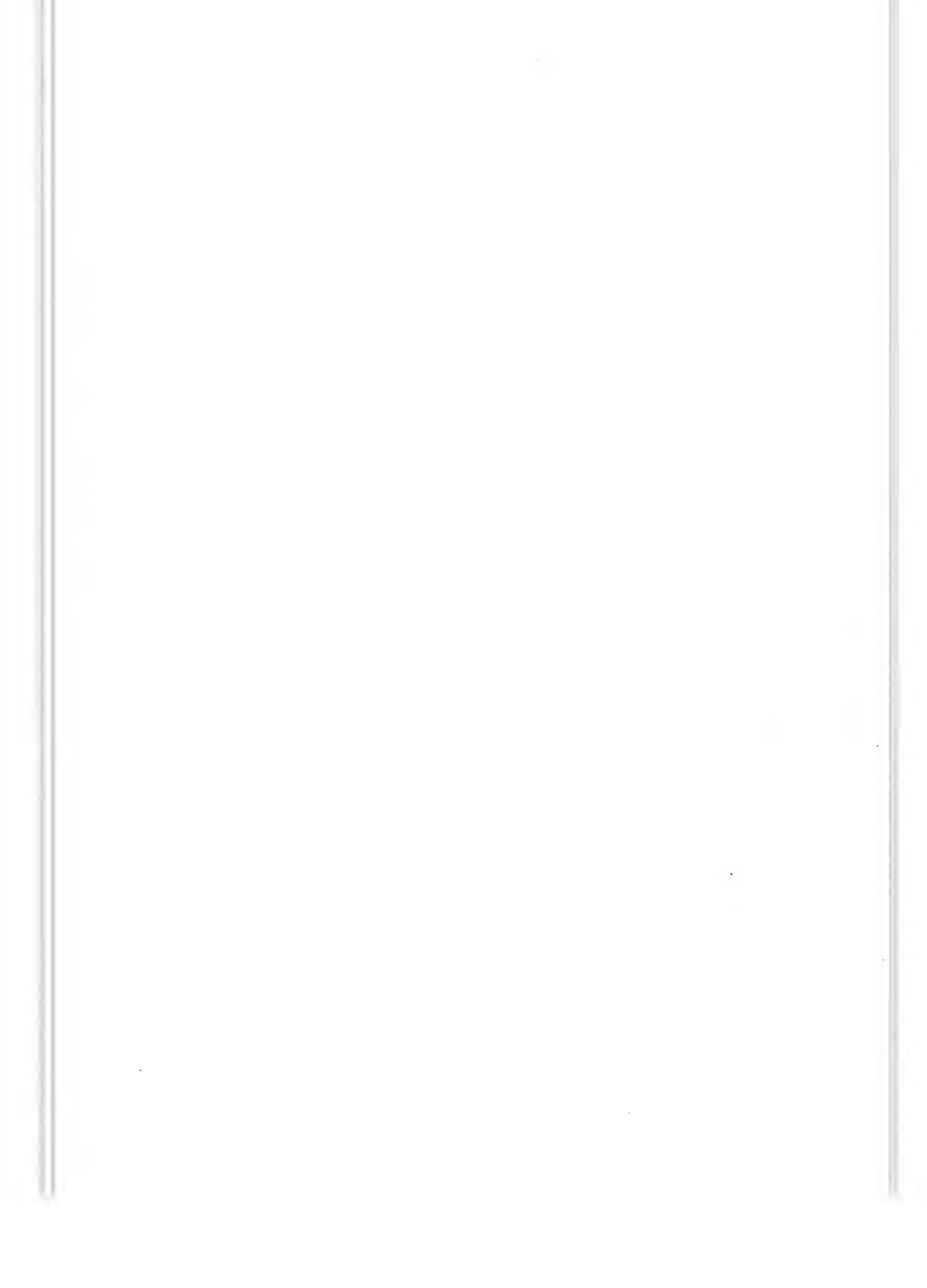
١٣- عدد الحالات ومعدل الحدوث للأمراض التالية خلال عام:

المرض	عدد الحالات	معدل الحدوث
أ - الحمى المالطية		
ب - الدوسنتاريا الأميبية		
ج - التيفود		
د - الالتهاب الكبدى (أ)		
هـ - التسمم الغذائى		
ز - الإسهال بين الأطفال أقل من خمس سنوات		

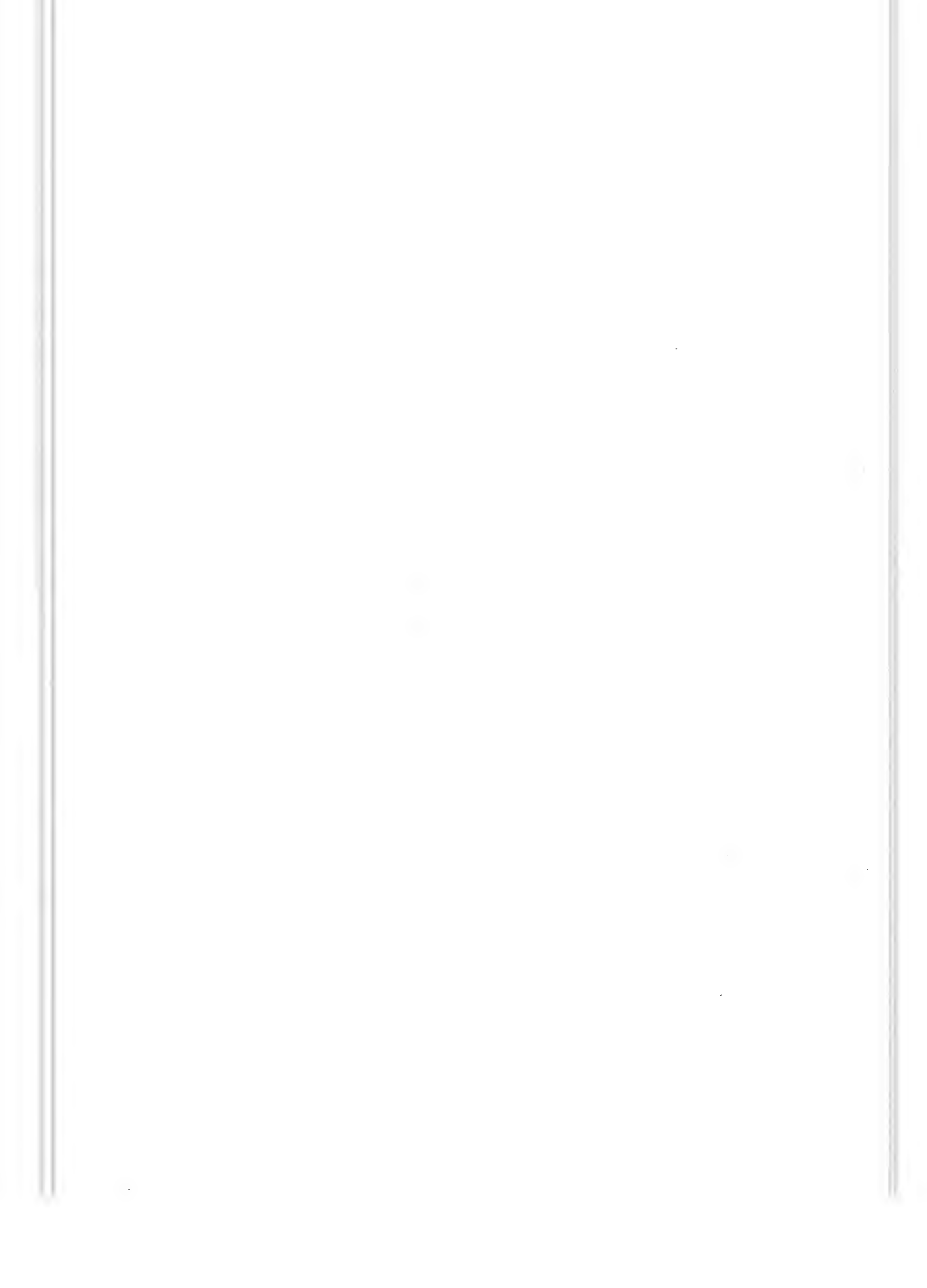
ملاحظات:

توصيات عملية ومحددة:

المشرف الفني:	مساعد الرعاية الصحية الأولية بالمنطقة:
الاسم:	الاسم:
التوقيع:	التوقيع:
التاريخ:	التاريخ:



ملحق رقم (٢)
أداة جمع المعلومات



KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Institute Of Public Administration
Center for Research

المملكة العربية السعودية
معهد الإدارة العامة
مركز البحوث

Dear Physician:

أخي الطبيب / أختي الطبيبة:

Primary Health care in one of the cornerstones of the Saudi Arabin health care systim. Quality of services has always been the main concern for people working in the healthcare field.

The Research Center at the Institute of Public Administration is conducting this study in order ti explore opportunities for improvement of primary health care services through the survey of physicians working in this fiele.

In order to consider the point of view of all workers in this field. this questionnaire was wrtten in both English and Arabic. Please complete the English section if Arabic is not your native language.

The information included in the questionnaire will be used only for research purposes and is strictly confidential.

Thank you for your time and cooperation.

The Researcher

تعتبر الرعاية الصحية الأولية إحدى الركائز الأساسية للنظام الصحي في المملكة. ومما لا يدعو للشك، أن جودة الرعاية هي محور اهتمام العاملين والقائمين على هذا القطاع، والذين يسعون إلى الارتقاء بالخدمات المقدمة لتحقيق الأهداف الموضوعية لها بما يتناسب مع تطلعات المجتمع.

ومن هذا المنطلق يقوم مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة بإجراء دراسة تسعى إلى التعرف على سبل تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة والارتقاء بها من خلال استقصاء آراء الأطباء العاملين في هذا القطاع.

وحرصاً على الاستفادة من جميع وجهات النظر وخبرات الأطباء العاملين في هذه المراكز على اختلاف جنسياتهم: تم إعداد هذه الاستبانة باللغتين العربية والإنجليزية.

أمل التكرم باستكمال بيانات الجزء العربي من الاستبانة بصدق وموضوعية، مع تأكيدى بأن المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمى.

وتقبلوا خالص الشكر والتقدير لتعاونكم.

الباحث

I. Structure of primary healthcare services

Please indicate use the scale below to indicate your assessment of the structure in this center:

أولاً- البنية التحتية وموارد الرعاية الصحية الأولية:

استخدم المقياس التالي لتقييم مدى توافر العناصر التالية في المركز الذي تعمل فيه:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

العبارات	درجة Score	Statements
١- إتاحة الفرصة للالتحاق ببرامج تدريبية في مجال الرعاية الصحية الأولية.		1-Opportunity to attend training programs in primary healthcare
٢- إتاحة الفرصة لحضور الندوات في مجال الرعاية الصحية الأولية.		2-Ability to attend symposia and conferences in PHC
٣- توافر التجهيزات المناسبة في المختبر وفي قسم الأشعة.		3-Availability of adequate laboratory and x ray equipment
٤- توافر أجهزة الحاسب الآلى لإدخال وتحليل البيانات الإحصائية.		4-Availability of computers for data entry and analysis
٥- توافر التجهيزات المناسبة لأنشطة صحة البيئة.		5-Availability of adequate equipment for environmental health services
٦- توافر التجهيزات المناسبة في غرف فحص المرضى.		6-Availability of adequate equipment in patient examination rooms
٧- توافر التجهيزات المناسبة لحفظ الأدوية والمواد.		7-Adequate storage equipment for medications and vaccinations
٨- توافر التجهيزات المناسبة في غرف انتظار المرضى.		8-Proper functioning of patient waiting rooms

9-Adequate funding for health education activities		٩- توافر التمويل المناسب لأنشطة التوعية الصحية.
10-Adequate means of transportation for the health team		١٠- توافر وسائل المواصلات المناسبة لانتقالات الفريق الصحي.
11-Adequate supply of pharmaceuticals and medical supplies		١١- توافر الأدوية والمواد الطبية الأساسية.
12-Qualification and competency of physicians		١٢- مدى كفاءة وتأهيل الأطباء.
13-Staff awareness of the objectives and methods of Primary healthcare		١٣- إلمام العاملين بأهداف وأساليب الرعاية الصحية الأولية.
14-Qualification and competency of nurses		١٤- مدى كفاءة وتأهيل الممرضين.
15-Qualification and competency of technicians (pharmacy, lab ...etc)		١٥- مدى كفاءة وتأهيل الفنيين (الصيدلية، المختبر ...).
16-Qualification and competency of administrators		١٦- مدى كفاءة وتأهيل الإداريين.

II. Assessment of technical activities and procedures

ثانياً- تقييم الأنشطة والإجراءات الفنية:

Please Use the scale below to assess technical activities and procedures in this center:

استخدم المقياس التالي لتقييم الأنشطة والإجراءات الفنية في المركز:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Health education of individuals, families, groups, and the public		١- التوعية الصحية للأفراد والأسر والمجموعات والعامّة.
2-Provide health education according to the needs of the local community		٢- توفير التوعية الصحية المناسبة لاحتياجات المجتمع المحلي.
3-Provision of essential drugs		٣- توفير الأدوية الأساسية لجميع المرضى.
4-Adequate instruction		٤- توجيه المرضى للاستخدام السليم للأدوية.
5-Conducting field visits of industrial and residential locations to identify health and environmental problems		٥- القيام بزيارات ميدانية للأماكن الصناعية والسكنية للتعرف على المشكلات الصحية والبيئية.
6-Identify polluted areas in the community		٦- تحديد مواقع التلوث البيئي في منطقة الخدمة.
7-Safety and prevention precautions used by staff (use of gloves and prevention of infections)		٧- احتياطات الوقاية والسلامة التي يتبعها العاملون في المركز (استخدام القفازات ومراعاة عدم نقل العدوى بين المرضى).
8-Procedure for adequate disposal of medical waste		٨- إجراءات التخلص الآمن من النفايات الطبية.

9-Sterilization, cleaning and hygiene procedures in the center		٩- إجراءات النظافة والتعقيم في المركز.
10-Focus on prevention on all aspects of care		١٠- التركيز على الوقاية في جميع جوانب العمل.
11-Application of the principles and concepts of Primary healthcare		١١- تطبيق العاملين لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.

ثالثاً- تقييم الأنشطة والإجراءات الطبية:

III. Assessment of medical activities and procedures

Please Use the scale below to assess medical activities and procedures in this center:

استخدم المقياس التالي لتقييم الأنشطة والإجراءات الطبية في المركز:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

العبارات	درجة Score	Statements
١- الرعاية الصحية للأم قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.		1-Provision of prenatal care
٢- رعاية الأطفال دون سن خمس سنوات.		2-Comprehensive care for children under 5 years of age
٣- تقديم الرعاية الأساسية لمرضى الربو والحساسية.		3-Provision of essential care to patients with Asthma
٤- تقديم الرعاية الأساسية لمرضى السكري.		4-Provision of essential care to patients with Diabetes
٥- اكتشاف أمراض سوء التغذية وعلاجها.		5-Detect and treat nutritional disorders in the community
٦- وضع برامج غذائية ملائمة للفئات الأكثر عرضة للخطر (الأطفال، المسنين، الأمهات).		6-Institute appropriate nutritional programs for at risk population (children, mother, elderly)
٧- تقديم الرعاية الأساسية لمرضى ضغط الدم.		7-Provision of essential care to patients with hypertension

8-Provision of essential mental and psychiatric care		٨- تقديم الرعاية الأساسية لحالات الأمراض النفسية والعقلية.
9- Provision of essential geriatric care		٩- تقديم الرعاية الأساسية للمسنين.
10-Provision of essential oral and dental care		١٠- رعاية الفم والأسنان.
11-Provision of comprehensive immunization		١١- تقديم خدمات تحصين متكاملة.
12-Focus on prevention on all aspects of care		١٢- التركيز على الوقاية في جميع جوانب العمل.
13-Safety and prevention precautions used by staff (use of gloves and prevention of infections)		١٣- احتياطات الوقاية والسلامة التي يتبعها العاملون في المركز (استخدام القفازات ومراعاة عدم نقل العدوى بين المرضى).
14-Application of comprehensive medical exam for all members of the family		١٤- إجراء الفحص الطبي الشامل لكل أفراد الأسرة.
15-Application of the principles and concepts of Primary healthcare		١٥- تطبيق الأطباء لمفاهيم وأسس الرعاية الصحية الأولية.
16-Procedures for care of critical and emergency cases		١٦- إجراءات رعاية الحالات الإسعافية والطارئة.

IV. Assessment of administrative activities and procedures

رابعاً- تقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية:

Please Use the scale below to assess administrative activities and procedures in this center:

استخدم المقياس التالي لتقييم الأنشطة والإجراءات الإدارية في المركز:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Coordination procedures with hospitals for patient referrals		١- إجراءات التنسيق مع المستشفيات لإحالة المرضى.
2-Coordination with the appropriate agencies for food hygiene		٢- التنسيق مع الجهات المعنية فيما يتعلق بفحص وسلامة الغذاء.
3-Coordination with the appropriate agencies for provision and protection of drinking water		٣- التنسيق مع الجهات المعنية فيما يتعلق بتوفير وسلامة مياه الشرب.
4-Conducting disease surveillance to identify epidemics and sources of infection		٤- إجراء الاستقصاء الوبائي لاكتشاف الأمراض الوبائية والتعرف على مصادر العدوى.
5-Hospital feedback regarding referred cases		٥- المعلومات الراجعة من المستشفيات عن الحالات التي تم تحويلها.
6-Patient record filing and retrieval		٦- إجراءات حفظ واسترجاع سجلات المرضى.
7-Collection and preparation of health and demographic statistics		٧- إجراءات إعداد الإحصائيات الصحية والسكانية.

8-Data available on the health needs of the service community		٨- المسح المستمر للاحتياجات الصحية لمجتمع الخدمة.
9-Community leaders' Participation in determining healthcare priorities		٩- مشاركة قيادات المجتمع في تحديد أولويات الرعاية الصحية.
10-Planning health programs according to health needs		١٠- تخطيط البرامج الصحية بما يتناسب مع احتياجات المجتمع المحلي.
11-Follow-up of cases referred to the hospitals		١١- متابعة الحالات المحولة إلى المستشفيات.
12-Coordination with other agencies with regards to environmental health		١٢- التنسيق مع المؤسسات المعنية ومنها البلدية فيما يتعلق بصحة البيئة.
13-Procedures for storage and distribution of vaccines and pharmaceuticals		١٣- إجراءات حفظ وتداول اللقاحات والأدوية.
14-Procedures for reporting infections		١٤- إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية.
15-Survey of patients' evaluation of treatment provided		١٥- استقصاء آراء المرضى حول الرعاية المقدمة.
16-Role of the Friend of Health Committee in achieving community participation		١٦- دور لجنة أصدقاء الصحة في تعزيز مشاركة المجتمع.

V. Outcome of primary healthcare services:

خامساً- مردود خدمات الرعاية الصحية الأولية:

Please use the scale below to assess the achievement of the following objectives:

استخدم المقياس التالى لتقييم مدى تمكن المركز من تحقيق الأهداف الواردة فى الجدول التالى:

7	6	5	4	3	2	1
غير متأكد	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف	ضعيف جداً
Uncertain	Excellent	Very good	Good	Fair	Poor	Very Poor

Statements	درجة Score	العبارات
1-Improving the health status of the community		١- رفع المستوى الصحى للمجتمع.
2-Changing attitudes and practices in the community		٢- تغيير الاتجاهات والممارسات الخاطئة فى المجتمع.
3-Achieving community participation		٣- تحقيق مشاركة المجتمع.
4-Reduction of spread of infections		٤- الحد من انتشار الأمراض المعدية.
5-Improving health awareness		٥- رفع مستوى الوعى الصحى.
6-Improving community self reliance		٦- تنمية قدرة أفراد المجتمع على الاعتماد على النفس.
7-Promoting proper health behavior		٧- تعزيز الأنماط السلوكية الصحيحة.
8-Reduction of mortality ratios		٨- خفض معدل الوفيات.
9-Reduction of morbidity ratios		٩- خفض معدل الإصابة بالأمراض.

10-Reduction of disability ratios		١٠- خفض معدل الإعاقة.
11-Establishing a community health-demographic database		١١- إيجاد قاعدة للمعلومات السكانية والصحية للمجتمع.
12-Coordination with agencies concerned with health of the community		١٢- تحقيق التكامل والتنسيق بين المؤسسات ذات العلاقة بصحة المجتمع.
13-Early detection of diseases		١٣- الاكتشاف المبكر للأمراض.
14-Reduction of costs of care		١٤- تخفيض مجهودات وتكاليف العلاج.
15-Appropriate utilization of resources		١٥- الاستخدام الأمثل للموارد الصحية.
16-promoting community satisfaction with health care services		١٦- تعزيز رضا المجتمع عن الخدمات الصحية.
17-Reduction of childhood morbidity and mortality		١٧- خفض معدل الأمراض والوفيات بين الأطفال منذ الولادة حتى مرحلة المراهقة.
18-Improving environmental health		١٨- تحسين صحة البيئة.
19-Improving the geriatric (eldery) health		١٩- تحسين المستوى الصحي للمسنين.
20-Improve maternal health status		٢٠- تحسين صحة المرأة قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة.

سادساً - المعلومات الشخصية: VI. Personal Information:

١- الجنس: 1- Gender

1- Male

☐

١- ذكر

2- Female

☐

٢- أنثى

٢- العمر: 2- Age

٣- الحالة الاجتماعية: 3- Marital Status

1- Married

☐

١- متزوج

2- Single

☐

٢- أعزب

٤- الراتب الشهري: 4- Monthly Salary

٥- عدد سنوات الخبرة: 5- Experience

٦- الجنسية: 6- Nationality

1- Saudi

☐

١- سعودي

2- Arabian (Non-Saudi)

☐

٢- عربي (غير سعودي)

3- Southeast Asia

☐

٣- (آسيوي: جنوب شرق)

4- African (Non Arab)

☐

٤- إفريقي (غير عربي)

5- Other (Specify)

٥- أخرى (اذكرها)

7- Qualifications

٧- المؤهلات:

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------------|
| 1- Doctorate | <input type="checkbox"/> | ١- دكتوراه |
| 2- Master | <input type="checkbox"/> | ٢- ماجستير |
| 3- Postgraduate Diploma | <input type="checkbox"/> | ٣- دبلوم دراسات عليا |
| 4- Bachelor | <input type="checkbox"/> | ٤- بكالوريوس |

8- Specialty

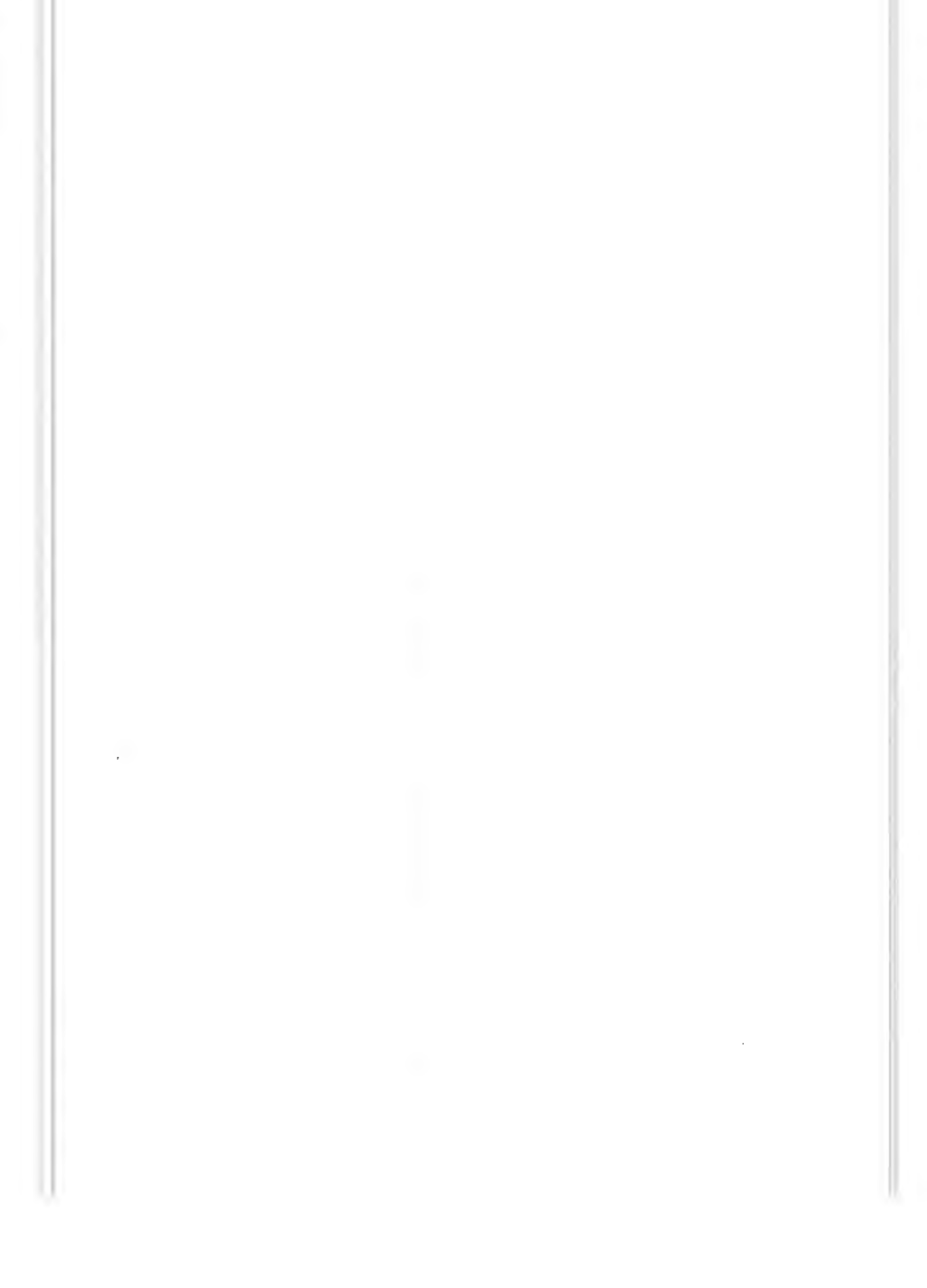
٨- التخصص:

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1- General Medicine | <input type="checkbox"/> | ١- طبيب عام |
| 2- Dental | <input type="checkbox"/> | ٢- طبيب أسنان |
| 3- Pediatrics | <input type="checkbox"/> | ٣- طب الأطفال |
| 4- Family/Community medicine | <input type="checkbox"/> | ٤- طب الأسرة والمجتمع |
| 5- Obstetrics/gynecology | <input type="checkbox"/> | ٥- النساء والولادة |
| 6- Other | <input type="checkbox"/> | ٦- أخرى |

9- Training in Primary Health care

٩- التدريب في مجال الرعاية الصحية الأولية:

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1- Attended many training Programs | <input type="checkbox"/> | ١- التحقت بدورات تدريبية كثيرة |
| 2- Attended few training Programs | <input type="checkbox"/> | ٢- التحقت بدورات تدريبية قليلة |
| 3- Never Attended any training | <input type="checkbox"/> | ٣- لم ألتحق بأي دورات تدريبية |



الباحثة فى سطور

د. حنان بنت عبدالرحيم الأحمدى.

المؤهل العلمى:

- الدكتوراة فى إدارة الخدمات الصحية من جامعة بتسبرغ، الولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٩٥م.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ الإدارة الصحية المشارك بالفرع النسائى، معهد الإدارة العامة بالرياض.

الأنشطة العلمية:

- لها العديد من الأعمال العلمية المنشورة فى مجال الإدارة الصحية باللغتين العربية والإنجليزية، آخرها:

- الرضا الوظيفى والولاء التنظيمى للعاملين فى الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، سبتمبر ٢٠٠٦م.

- "محددات جودة الرعاية الصحية الأولية: دراسة نوعية"، الإدارة العامة، أغسطس ٢٠٠٦م.

- "Quality of Primary Care in Saudi Arabia, A comprehensive Review", International Journal for Quality in Healthcare, May 2005, Co-author, Prof. Martin Roland.

- "The quest for excellence in Primary Care in Saudi Arabia: A leadership Challenge", paper presented at The International Forum for Social Sciences and Health, World Congress: "Health Challenges of the Third Millennium", Istanbul, Turkey, 21-26 August 2005.

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد الإدارة العامة ولا يجوز
اقتباس جزء من هذا الكتاب أو إعادة طبعه بأي صورة دون
موافقة كتابية من المعهد إلا في حالات الاقتباس القصير
بغرض النقد والتحليل، مع وجوب ذكر المصدر.

تم التصميم والإخراج الفنى والطباعة فى
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٨هـ

هذا البحث:

تعد الرعاية الصحية الأولية أحد أهم ركائز النظام الصحي في المملكة العربية السعودية، وهي تلعب دوراً مهماً في تعزيز الصحة العامة، وتنمية الوعي الصحي، ورفع المستوى الصحي لجميع فئات المجتمع. ونظراً للاهتمام المتزايد بأداء هذا القطاع الحيوي، خاصة بعد أن انقضى أكثر من ربع قرن على نشأة وانطلاقة الرعاية الصحية الأولية في المملكة، فإن الوقت قد حان لتشخيص واقع هذا القطاع والتعرف على فرص التحسين الممكنة فيه.

من هذا المنطلق يسعى البحث إلى تقييم خدمات الرعاية الصحية الأولية من منظور مقدمي الخدمة في المراكز الصحية في جميع مناطق المملكة العربية السعودية. ومن خلال مراجعة الأدبيات ذات العلاقة تم تحديد عدد من المؤشرات المناسبة لقياس جودة المدخلات والعمليات والمخرجات في قطاع الرعاية الصحية الأولية بالاعتماد على مدخل "دونابيدان" لقياس جودة الرعاية الصحية. وقد شارك في البحث نحو (٣٧٧) طبيباً وطبيبة من الجنسين المختلفة العاملة في مراكز الرعاية الصحية الأولية في خمس مناطق في المملكة العربية السعودية.

توصل البحث إلى عدد من النتائج المهمة تم في ضوءها صياغة العديد من التوصيات الداعية إلى تطوير خدمات الرعاية الصحية الأولية، من خلال تبني البرامج والسياسات المناسبة، وتفعيل إستراتيجيات تنمية الكوادر البشرية، وتطوير أساليب الإدارة وتقويم الأداء.